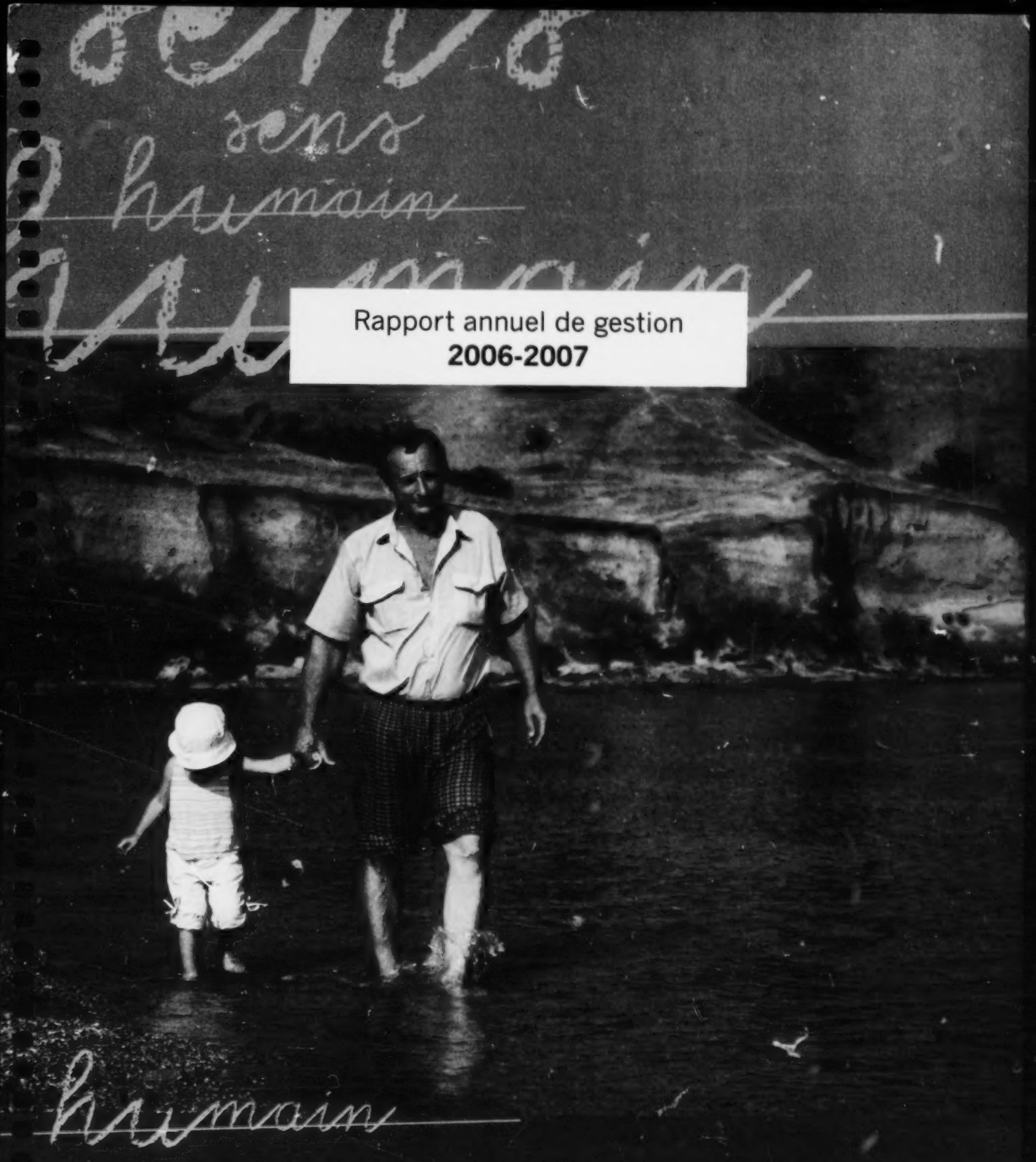


Rapport annuel de gestion
2006-2007

Agence de la santé et des
services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

2008-00919/

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2006-2007

CAAD-28-08.02
Déposé au conseil d'administration
le 4 juillet 2007

Conception
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Réalisation du rapport
Serge Beauchamp, directeur des services administratifs et de la qualité
Marie-Josée Vincent, conseillère à la direction générale
Christine Ross, agente de planification, programmation et recherche
Toutes les directions de l'Agence de la santé et des services sociaux

Graphisme de la page couverture
Acolyte communication

Mise en page et correction
Suzanne Doyon

Dépôt légal - 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-89340-153-9

DANS CE DOCUMENT, LE GÉNÉRIQUE MASCULIN EST UTILISÉ DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE ET DÉSIGNE TANT LES FEMMES QUE LES HOMMES.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

28e assemblée du conseil d'administration
Date : 4 juillet 2007
Article : CAAD-28-08.02
Résolution : CAAD-07-25

RÉSOLUTION relative à l'adoption du rapport annuel de gestion 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux Mauricie et du Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT les exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (articles 385.7, 385.8 et 391) relativement à la production par l'Agence, pour le 30 septembre, d'un rapport annuel de gestion ;

CONSIDÉRANT l'examen de ce rapport annuel de gestion 2006-2007 par le conseil d'administration ;

IL EST PROPOSÉ d'adopter le rapport annuel de gestion 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ,

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 5 juillet 2007

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES **7**

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION **9**

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS **11**

CHAPITRE 1 LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC **13**

1.1 Territoire et population 13

1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec 15

CHAPITRE 2 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC **19**

2.1 Mission 19

2.2 Plan d'organisation 19

2.3 Encadrement 20

2.3.1 Postes de direction *20*

2.3.2 Postes intermédiaires *20*

2.4 Organigramme au 31 mars 2007 21

2.5 Effectifs au 31 mars 2007 22

2.6 Conseil d'administration 23

2.7 Forum de la population 24

2.8 Commission infirmière régionale 25

2.9 Commission multidisciplinaire régionale 27

2.10 Comité de vigilance et de la qualité 28

2.11 Comité pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise 30

2.12 Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) 31

2.13 Département régional de médecine générale (DRMG) 32

2.14 Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée 34

2.15 Les démarches d'implantation des réseaux locaux de services (RLS) 36

CHAPITRE 3 LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX **37**

3.1 Programme santé publique 37

3.1.1 Prévention des ITSS *37*

3.1.2 Traçabilité des produits sanguins *38*

3.1.3 Infections nosocomiales *38*

3.1.4 Vaccination contre l'influenza en CHSLD *39*

3.1.5 Saines habitudes de vie et prévention de maladies chroniques *39*

3.1.6 La petite enfance (0-5 ans) *40*

3.1.7 Promotion d'écoles en santé *41*
3.1.8 Surveillance et évaluation *41*
3.2 PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE 42
3.2.1 Services préhospitaliers d'urgence *42*
3.2.2 La traumatologie *42*
3.2.3 GMF et Info-Santé *43*
3.2.4 Services psychosociaux *44*
3.2.5 Mesures d'urgence *45*
3.3 PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 46
3.4 PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE 48
3.5 PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 51
3.6 PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ 58
3.7 PROGRAMME DÉPENDANCES 61
3.8 PROGRAMME SANTÉ MENTALE 63
3.9 PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE 68
3.9.1 Les services d'urgence *68*
3.9.2 Accessibilité à la chirurgie élective *72*
3.9.3 Production chirurgicale *74*
3.9.4 Clinique sclérose en plaques *77*
3.9.5 Lutte contre le diabète *77*
3.9.6 Programme régional de lutte contre le cancer *78*
3.9.7 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) *79*
3.9.8 Les délais d'attente *80*
3.9.9 Programme de pneumologie *81*
3.9.10 Services d'insuffisance rénale *81*
3.9.11 Soins palliatifs *82*
3.10 PROGRAMME SOUTIEN 83
3.10.1 Gestion des ressources humaines *83*
3.10.2 Ressources informationnelles *89*
3.10.3 Ressources matérielles *90*
CHAPITRE 4 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 93
CHAPITRE 5 LES DONNÉES FINANCIÈRES 97
5.1 RAPPORT DE LA DIRECTION 97
5.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 98
5.3 DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS 119
5.3.1 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire *120*
5.3.2 Autorisations d'emprunt accordées aux établissements *121*
5.4 RESSOURCES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 122

ANNEXE : Code d'étique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

LISTE DES ACRONYMES

AMP	Activité médicale particulière
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CCS	Centre communication santé
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIA	Clinique d'insuffisance avancée
CIRA	Clinique d'insuffisance rénale avancée
CJ	Centre de jour
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRID	Centre de référence et d'investigation diagnostique
CRLC	Comité régional de lutte contre le cancer
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
e-SMAF	Nom du logiciel
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GE	Gastro-entérite
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
HT	Hébergement temporaire
ICI	Intervention comportementale intensive
IPAC	Initiative de partenariats en action communautaire
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MED-ECHO	Système de codification des actes médicaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAEMD	National Academy of Emergency Medical Dispatch
OÉMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PREMO	Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique

PREMS	Plan régional des effectifs médicaux en spécialité
PRIISME	Programmes régionaux intégrés d'information de suivi médical et d'enseignement
PSI	Plan de services intégrés
RA	Résidence d'accueil
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressources de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAG	Service ambulatoire gériatrique
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés des médicaments
SARM	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré) résistant à la méthicilline
SEP	Sclérose en plaques
SICHELD	Système d'information sur la clientèle en centres d'hébergement et de soins de longue durée
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIMASS	Système d'information mécanismes d'accès services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIURGE	Système d'information des urgences
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRMO	Service régional de la main-d'œuvre
TCV	Taux de couverture vaccinale
TMT	Table médicale territoriale
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le réseau régional de la santé et des services sociaux progresse invariablement dans la recherche d'un meilleur accès aux services, d'une fluidité plus grande entre ceux-ci et dans la volonté de garantir la qualité des services. Ces orientations sont claires dans l'esprit des dirigeants et des administrateurs des établissements envers qui nous sommes profondément redevables des efforts et du travail colossal accompli au cours de l'année 2006-2007.

Le réseau franchit chaque jour des pas de géant à travers une réforme sans précédent. La mise en réseau, par l'intermédiaire des réseaux locaux de services (RLS) et la réorganisation du travail, se révèle la clé de voûte de l'amélioration des services. Elle suppose un bouleversement culturel du travail qui s'incarne par le changement de pratique dans toutes les disciplines et les organisations. Elle requiert beaucoup d'humilité chez les professionnels et les travailleurs pour qui l'action individuelle et spécialisée n'a dorénavant de sens, que lorsqu'elle s'insère dans une contribution d'équipe et de réseau : au profit de l'usager. Merci à toutes ces personnes.

Beaucoup de succès restent invisibles aux yeux des citoyens de la région. Une perception souvent défavorable mais légitime persiste au regard d'une difficulté d'accès à certains services et à des professionnels de la santé. La situation est préoccupante lorsqu'elle touche les patients vulnérables aux prises avec des pathologies cliniques liées au vieillissement. L'impact de celui-ci a incité la conduite de travaux d'envergure sur la manière de répondre aux personnes par une gamme de services mieux profilée sur leurs besoins.

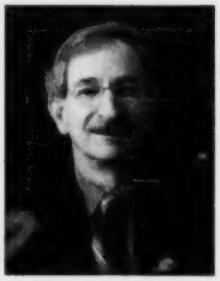
L'équilibre demeure constamment fragile entre les besoins et les ressources. En raison de ce contexte et à travers ses conséquences, le réseau réussit à garder le cap et s'estime fort heureux de ses résultats, notamment dans le domaine des affaires médicales et universitaires. L'arrivée du centre ambulatoire et d'une deuxième Unité de médecine de famille (UMF) à Shawinigan grâce à la collaboration de l'Université de Montréal, le nombre d'accréditations de 17 GMF (Groupes de médecines de familles) en fonction du ratio de notre population, le dynamisme reconnu des huit Tables médicales territoriales (TMT) dans les réseaux locaux de services (RLS) sont des exemples d'une région active. La recherche de nouveaux médecins résidents, la rigueur des règles de gestion, la participation accrue de la région aux travaux des comités nationaux sur les plans d'effectifs médicaux des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke, ont également conduit à recruter de manière appréciable le nombre de médecins dans les spécialités de base, correspondant à l'ajout net de 22 médecins spécialistes pour cette année.

Beaucoup d'autres réalisations se tissent dans l'ombre et méritent une reconnaissance à leur juste valeur. Le rapport annuel de gestion énumère exhaustivement les résultats atteints dans les différents programmes services. Ils ont fait la fierté en cours de route de la présidente-directrice générale, madame Michèle Laroche qui était à la tête de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec jusqu'à la fin du présent exercice. Elle lègue des réalisations concrètes à notre réseau dont fait foi ce rapport annuel de gestion.

En tant que président du conseil d'administration et en tant que président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous réitérons notre admiration à l'endroit des équipes de direction et de travail du réseau pour leur courage à maintenir un niveau de services hautement de qualité, malgré un environnement tumultueux. Nous les remercions sincèrement pour leur inlassable croyance en des valeurs de solidarité indissociable de leur action quotidienne.

Bonne lecture !

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général



Jean-Guy Doucet
Président du conseil d'administration

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

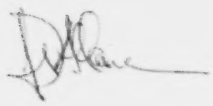
Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec:

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;

- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007.

Signé à Trois-Rivières, le 13 juin 2007



Nom : Jean-Denis Allaire
Titre : Président-directeur général

CHAPITRE 1 LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1.1 TERRITOIRE ET POPULATION

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec possède un vaste territoire de près de 45 000 km^2. Elle englobe deux régions administratives : la Mauricie et le Centre-du-Québec.

Elle est la cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec, sa population pour l'année 2007 est estimée à 484 523 personnes et se concentre principalement dans le centre et le sud, la partie nord étant très peu peuplée.

Un peu plus de 1 % de sa population est autochtone (5 200 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone réside principalement dans le réseau local de services (RLS) du Haut-Saint-Maurice. Environ 1 % de la population de la région est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population demeure dans le territoire de Drummondville et la région de Trois-Rivières. Enfin, 1,33 % de la population est de langue maternelle autre que française ou anglaise.

On y retrouve 18 % de jeunes de moins de 18 ans, 65 % d'individus âgés de 18 à 64 ans et 17 % de personnes de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (14 %). Une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2026 pour passer de 81 232 à 141 098. Les personnes âgées représenteront alors 30 % de la population régionale (25 % pour le Québec).

Les caractéristiques socio-économiques

- Une amélioration marquée du niveau de scolarité de 1991 à 2001, la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires a chuté de 43 % à 35 % au cours de cette période et la proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté. Cependant, la région reste davantage sous-scolarisée qu'au Québec.
- Une proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu inférieure à celle du Québec (17 % contre 20 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (20 % contre 15 %).

Les habitudes de vie et facteurs de risque

- Une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (14 % des 18 ans et plus en 2005 contre 8 % en 1987). Si les proportions d'hommes et de femmes obèses sont comparables, les hommes présentent davantage de l'embonpoint que les femmes (38 % vs 31 %).
- Au chapitre de l'activité physique de loisir, on compte 37 % d'actifs selon le niveau recommandé, 24 % de sédentaires chez les adultes de 18 ans et plus et 43 % chez les 12-17 ans sont très actifs.
- Près de 23 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise.

- La région comptait en 2001-2002, 21 716 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 5,8 % de la population de cet âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que celui du Québec.
- Près de 13 % de la population de 12 ans et plus présentent une hypertension diagnostiquée en 2003, ce qui se compare au Québec.

Les problèmes de santé

- Une population de 12 ans et plus qui, en 2005, se considère à 56 % en excellente ou en très bonne santé et il n'y a pas de différence significative entre les sexes à cet égard.
- Une proportion de 75 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, cette valeur est comparable au Québec.
- Avec 21 % des hospitalisations, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation. Elles sont suivie des maladies de l'appareil digestif et des maladies de l'appareil circulatoire (12 % chacun), des tumeurs, des traumatismes et des empoisonnements (10 % chacun).
- Une répartition des principales causes d'hospitalisations qui diffère peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine de 24 % des hospitalisations des hommes contre 17 % chez les femmes.
- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (21 % des 12 ans et plus). Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (15 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatismes (13 %), l'hypertension (13 %) et les migraines (9 %).

L'espérance de vie et mortalité

- Une augmentation de l'espérance de vie, entre 1979-1983 et 2001-2005, de 5,5 ans chez les hommes et de 2,8 ans chez les femmes pour atteindre respectivement des valeurs de 76,7 ans et de 82,5 ans. Les hommes de la région gardent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.
- Une espérance de vie dans la région soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celles des hommes des communautés plus favorisées.
- Une diminution marquée de la mortalité infantile au cours des derniers 20 ans pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,7 décès pour 1 000 naissances de nos jours.
- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent avec respectivement 32 % et 28 % des décès, les deux principales causes de mortalité en 2003-2005 :
  - une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 462 à 207 décès pour 100 000 personnes en vingt ans ;
  - au cours des derniers vingt ans la mortalité par cancer a diminué de 10 % chez les hommes alors que celle des femmes a augmenté de 11 %;
  - le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont, en importance, les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.
- Un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du Québec et qui, à l'encontre de la situation provinciale, n'a pas connu de diminution récente (24 pour 100 000 en 1995-1999 comme en 2002-2005). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (38 pour 100 000 personnes contre 10 pour 10 000 personnes).

- Un important taux de mortalité par traumatismes non intentionnels dans la région comparativement au Québec (32 contre 26 pour 100 000 personnes) surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Au 31 mars 2007, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 15 établissements :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS), établissements à vocation multiple. Tous englobent les missions de type CLSC et CHSLD. S'ajoute pour quatre d'entre eux, la mission de centre hospitalier courte durée (Drummond, Arthabaska-et-de-l'Érable, Énergie, Haut-St-Maurice). Trois d'entre eux (Bécancour–Nicolet-Yamaska, Maskinongé, Trois-Rivières) opèrent une urgence 24/7. Le CSSS de l'Énergie assume un mandat régional en santé mentale.

- Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières où sont offerts des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services suivants à mandat régional :

  - la néphrologie, avec deux unités satellites à Drummondville et à Arthabaska reliées par télémédecine ;
  - la cardiologie ;
  - la microbiologie ;
  - la neurochirurgie, dans le cadre d'un mandat secondaire régional en traumatologie pour la Mauricie et le Centre-du-Québec ;
  - la cancérologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

  Par ailleurs, le CHRTR est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, ce qui permet l'implantation du curriculum complet du Programme de médecine et le développement de stages de niveau post gradué en médecine de famille et dans les spécialités de base.

- 4 établissements à vocation régionale ayant une mission de réadaptation soit: le Centre jeunesse, le Centre de réadaptation InterVal (déficience physique), Domrémy (dépendances) et le Centre de services en déficience intellectuelle (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement).

- 2 CHSLD privés conventionnés situés à Shawinigan et à Ham-Nord.

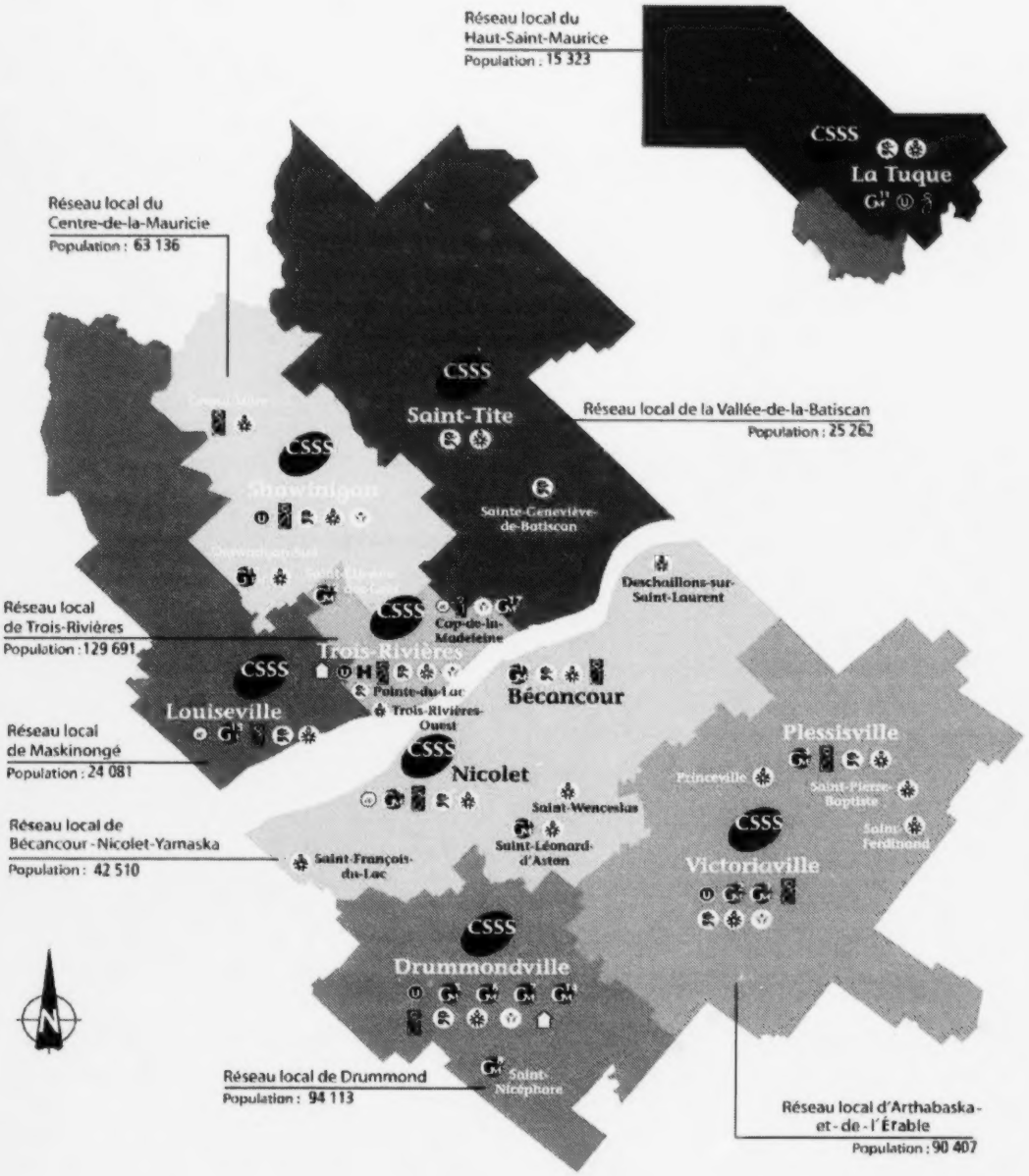
La région comptait également au 31 mars 2007 sur :

- Une Maison des naissances où sont prodigués des services de sage-femme.
- 162 ressources intermédiaires et 860 ressources de type familial où résident environ 3 400 personnes à travers la région (4 140 places accréditées).
- 222 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- 12 entreprises ambulancières, comptant 340 techniciens ambulanciers, qui ont effectué

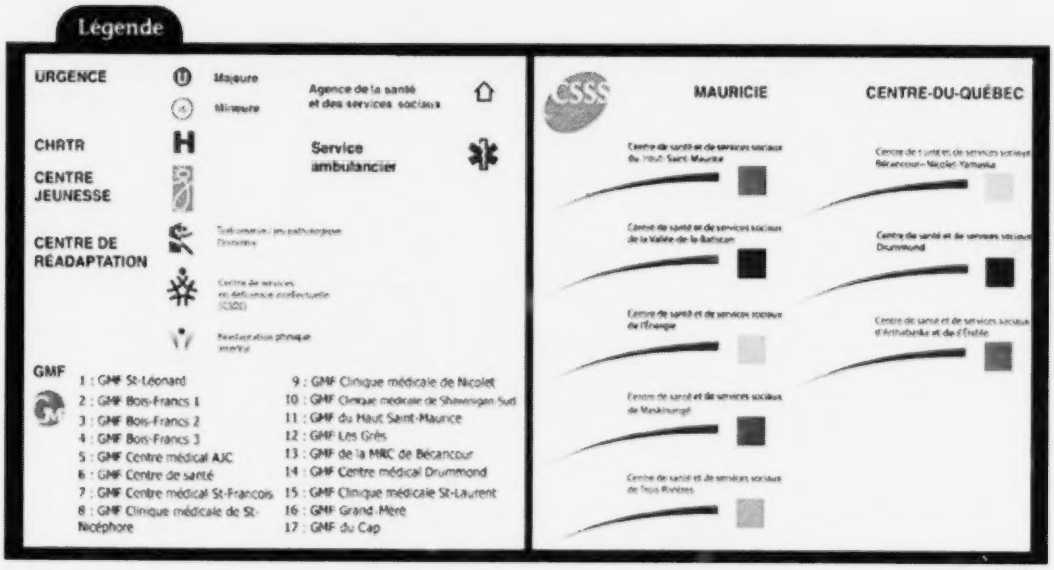
environ 43 000 transports en 2006-2007.

- Un centre de communication santé pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région.
- 17 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les districts d'Arthabaska-et-de-l'Érable (3), Drummond (5), Bécancour–Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-St-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (2 accrédités), (1 en attente d'accréditation), Trois-Rivières (2 accrédités), (1 en attente d'accréditation). Tous ces GMF sont répartis sur 37 sites correspondant à autant de points de service.
- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 600 000 heures de services en 2006-2007.

Carte du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Territoires de réseaux locaux de services	
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	• Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie • Vigi les Chutes ltée (privé conventionné)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	• Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable • Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (privé conventionné)
de Drummondville	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Établissements à mission régionale	
Réadaptation	
Dépendances	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Déficience physique	Centre de réadaptation InterVal
Déficience intellectuelle	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
Jeunesse/famille	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Hôpital	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières



CHAPITRE 2 L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

2.1 MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été instituée le 1er janvier 2006, à la suite de l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2005, c.32.

En association avec ses partenaires, l'Agence a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaire et institutionnel, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.

2.2 PLAN D'ORGANISATION

Le 14 juin 2006, le conseil d'administration de l'Agence adoptait un nouveau plan d'organisation. Celui-ci s'appuie sur les rôles et responsabilités confiées à l'instance régionale dans la dynamique de gouverne régionale. Les modifications apportées à la structure visent à optimiser la coordination des composantes organisationnelles, à raffiner les mécanismes de liaison et à améliorer l'encadrement.

Le plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

Les caractéristiques qui sont propres à l'Agence permettent de présenter une organisation :

- Comportant peu de paliers hiérarchiques ;
- Souple, ouverte, décloisonnée ;

- Basée sur des équipes responsabilisées et imputables ;
- Qui place la population au centre de ses actions ;
- Qui agit en partenariat avec les organismes et établissements des territoires, de même qu'avec les acteurs socio-économiques ;
- Qui accorde une priorité au pilotage stratégique réalisé en association, autant à l'interne qu'avec les partenaires externes.

2.3 ENCADREMENT

2.3.1 Postes de direction

Au 31 mars 2007, les postes de direction sont les suivants :

- une présidente-directrice générale remplacée par un président-directeur général (9 avril 2007);
- un directeur général adjoint;
- un directeur des services administratifs et de la qualité;
- un directeur des ressources réseau;
- un directeur adjoint des ressources réseau responsable des technologies et systèmes d'information;
- un directeur des services de santé et des affaires médicales;
- un directeur de santé publique;
- un directeur des services sociaux.

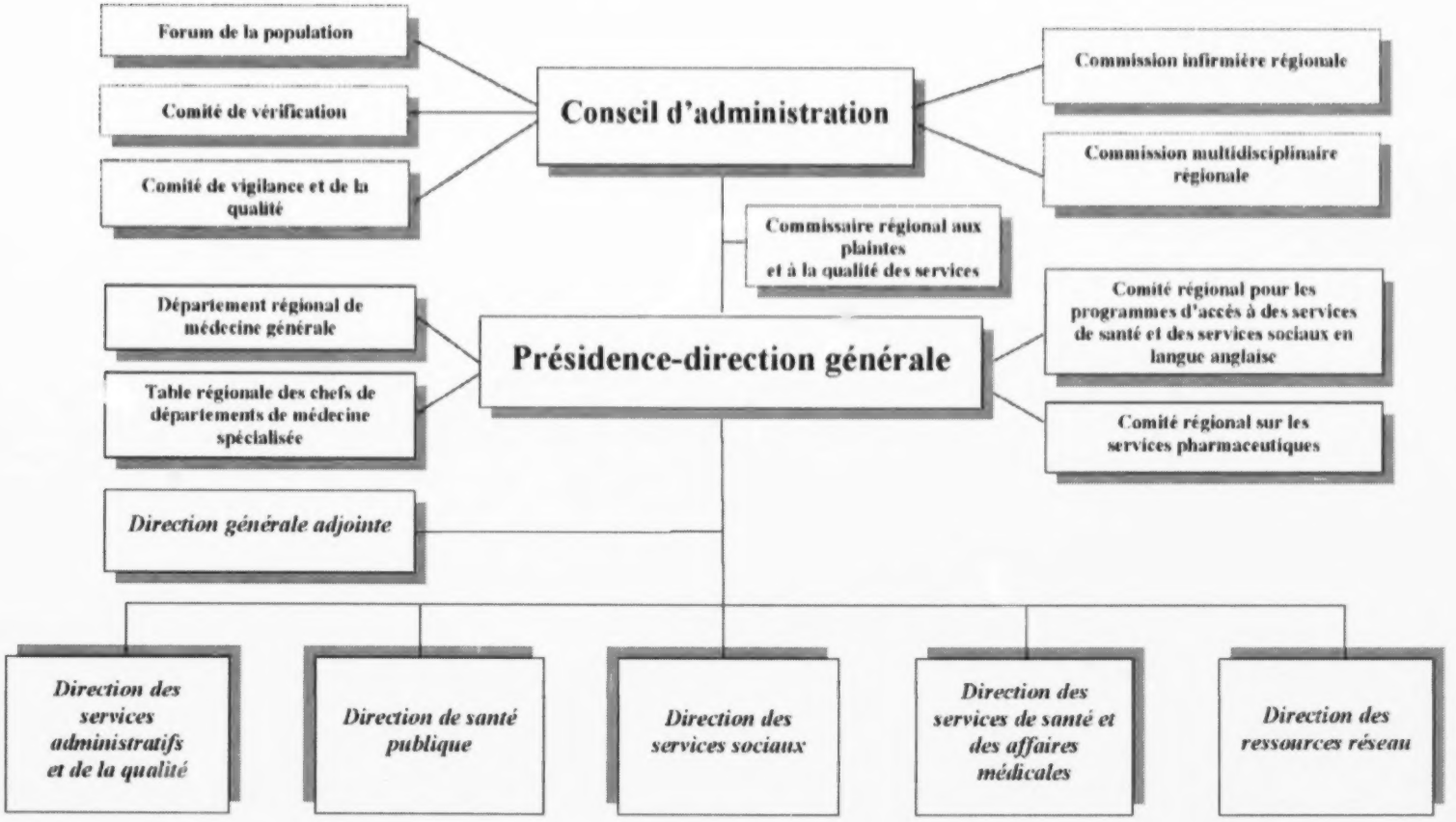
2.3.2 Postes intermédiaires

Le nouveau plan d'organisation a introduit un palier d'encadrement de niveau intermédiaire par la création de :

- un poste d'adjoint administratif à la direction de santé publique;
- un poste d'adjoint à la direction des services sociaux;
- un poste de coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence et de traumatologie;
- un chef de service au Technocentre.
- un poste de coordonnateur lié aux obligations relatives à un contrat de services avec la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST).

2.4 ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2007

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Organigramme officiel



Rév. 2006-10-30

2.5 EFFECTIFS AU 31 MARS 2007

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres		
- Temps complet..... (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	10
- Temps partiel..... Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	---	---
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi.....	---	---
Les employés réguliers		
- Temps complet (c)..... (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	142	113
- Temps partiel..... Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	10,8	7,6
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi.....	---	---
Les occasionnels		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.	49 988	73 120
Équivalents temps complet (b).....	27,4	40

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par : Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

(c) Inclus les postes affectés au Technocentre régional (11), à l'Infocentre régional (6.8) et en libération syndicale permanente (1).

2.6 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux au 31 mars 2007

Madame Denise Beaumier
Shawinigan

Madame Jacqueline Bergeron
Sainte-Geneviève-de-Batiscan

Madame Denise Chandonnet
Shawinigan

Monsieur Éric Chevalier
Trois-Rivières

Monsieur Camille Couture
Trois-Rivières

Monsieur Vianney Croteau
La Tuque

Madame Myriam Demers
Louiseville

Monsieur Jean-Guy Doucet, président
Saint-Léonard d'Aston

Madame Monique Émond
Trois-Rivières

Madame Julie Garneau
Victoriaville

Monsieur Vincent Guay
Victoriaville

Monsieur Gérald Lapierre
Drummondville

Monsieur Paul Pépin
Saint-Léonard d'Aston

Monsieur Rémi Tremblay
Trois-Rivières

Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence.

Adopté le 18 juin 2003, le Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe) prévoit que le rapport annuel de l'Agence fasse état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du Code :

- le nombre de cas traités et leur suivi ;
- le nombre et la nature des manquements constatés ;
- les décisions et sanctions imposées ;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2006-2007, aucune situation de manquement au Code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Conformément aux règles du Code d'éthique et de déontologie, la déclaration d'intérêts et l'engagement à respecter le Code, sont signés par tous les administrateurs.

2.7 FORUM DE LA POPULATION

Mandat

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être. Il doit également formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. De plus, le Forum doit être consulté sur le Plan stratégique triennal d'organisation de services et sur le Plan régional de santé publique.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Madame Georgette Asselin, Nicolet

Madame Francine Boulanger, St-Étienne-des-Grès

Madame Lise Carignan, Victoriaville

Madame Sarah Cooke, Trois-Rivières

Monsieur Bertrand Couturier, St-Charles-de-Drummond

Monsieur Marcel Derenne, Plessisville

Monsieur Nicolas Després, Trois-Rivières

Monsieur Donat Gingras, Ste-Thècle

Madame Renée Lafleur, St-Célestin

Madame Jacqueline Landry-Comeau, Grand-Mère

Madame Yolande Morissette, St-Léonard d'Aston

Madame Élisabeth Petit, Trois-Rivières

Monsieur Donald Pinet, Cap-de-la-Madeleine

Madame Ghislaine Plamondon, Shawinigan

Madame Heather Wright, Inverness

Résultats atteints

Le Forum de la population a tenu cinq rencontres en 2006-2007. Au cours de ces réunions, les membres du Forum ont pris connaissance :

- du rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services ;
- des orientations régionales en néphrologie ;
- de la campagne d'information préventive en cas d'urgence nucléaire (Gentilly-2) ;
- de la certification des résidences privées pour personnes âgées ;
- de l'outil d'information régional *Accès Santé*.

2.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers ;
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Collège de l'enseignement universitaire
Madame Michèle Côté, professeure
Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège de l'enseignement collégial
Madame Hélène Beauchesne
Coordonnatrice, Département des soins infirmiers au Cégep de Victoriaville

Collège membre des comités exécutifs des directeurs et directrices des soins infirmiers ou des responsables des soins infirmiers
Monsieur Sylvain Giguère, responsable des soins infirmiers
Centre de réadaptation InterVal

Madame Sylvie Girard, gestionnaire des soins infirmiers
CSSS du Haut-Saint-Maurice

Collège membre des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
Madame Jacqueline Bergeron, infirmière
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Madame Chantal Boissonneault, infirmière gestionnaire
Centre de services en déficience intellectuelle

Madame Denise Fillion, infirmière
CSSS Drummond

Madame Catherine Laquerre, infirmière
CSSS de Maskinongé

Madame Lucie Rivard, infirmière
CSSS de Trois-Rivières

Collège membre des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
Monsieur Christian Gélinas, infirmier auxiliaire
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Madame Dolorès Pronovost, infirmière auxiliaire
CSSS de l'Énergie

Collège membre coopté
Madame Francine Boulé, infirmière – service de cardiologie
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Membre observateur
Madame Jocelyne Belisle, chef du Programme santé mentale
CSSS de l'Énergie

Monsieur Gilles Cossette, chargé de cours
Université du Québec à Trois-Rivières

Madame Josée Panneton, infirmière-conseillère en prévention
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Membre d'office
Monsieur Jean-Denis Allaire
Président-directeur général de l'Agence de santé et de services sociaux

Résultats atteints

La Commission infirmière régionale a tenu six rencontres en 2006-2007. Au cours de ces réunions, les membres de la commission ont pris connaissance :

- des orientations régionales en néphrologie ;
- de l'accès aux services en langue anglaise ;
- des orientations régionales pour les services aux personnes âgées ;
- du projet des systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec (SARDM).

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, la Commission a émis deux recommandations au conseil d'administration portant sur :

- le plan de mise en œuvre des orientations régionales en néphrologie ;
- l'accès aux services en langue anglaise.

2.9 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services ;
- certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région ;
- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Collège de l'enseignement collégial
Monsieur Vincent Guay, directeur général
Cégep de Victoriaville

Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux
Madame Marie-Claude Blais, professeure
Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé
Madame Jocelyne Moreau, professeure
Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Collège professionnel du domaine social
Madame Lyson Marcoux, psychologue
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Monsieur Sébastien Caron, psychologue
CSSS de l'Énergie

Collège gestionnaire du domaine social
Monsieur Paul Désilets, chef de services
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Collège professionnel du domaine de la réadaptation et de la santé
Madame Michèle Bourassa, physiothérapeute
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Madame Nicole St-Pierre, agente d'information
CSSS du Haut-Saint-Maurice

Collège gestionnaire du domaine de la réadaptation et de la santé
Monsieur Jean Dufresne, coordonnateur
Domrémy Mauricie et Centre-du-Québec

Collège professionnel des domaines techniques
Monsieur Yves Houle, éducateur
Centre de services en déficience intellectuelle

Madame Sophie Lacasse, éducatrice
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Madame Guylaine Milot, hygiéniste dentaire
CSSS de Maskinongé

Membre observateur
Madame Anick Sauvageau, ergothérapeute
Centre de réadaptation InterVal

Membre d'office
Monsieur Jean-Denis Allaire
Président-directeur général de l'Agence de santé et de services sociaux

Résultats atteints

La Commission multidisciplinaire régionale a tenu cinq rencontres en 2006-2007. Au cours de ces réunions, les membres de la Commission ont pris connaissance :

- de l'accès aux services en langue anglaise ;
- des orientations régionales pour les services aux personnes âgées ;
- du Plan d'action régional en violence conjugale.

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, la commission a émis deux recommandations au conseil d'administration portant sur :

- l'ajustement des services aux personnes âgées;
- l'accès aux services en langue anglaise.

2.10 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat

Le comité de vigilance et de la qualité a pour mandat de suivre, pour le compte du conseil d'administration, toute question relative à la qualité des services. Il est responsable d'assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers. De plus, à des fins de cohérence et de cohésion, il exerce un mandat de veille à l'égard des activités relatives à la qualité des services.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Le comité est composé de cinq membres, soit :

Proposée par les comités des usagers des établissements
Madame Denise Chandonnet

Proposée par les organismes communautaires
Madame Monique Émond

Proposée par le conseil d'administration
Madame Julie Garneau

Président-directeur général
Monsieur Jean-Denis Allaire

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Monsieur Denis Grenier

Résultats atteints

Depuis la création du comité, en juin 2006, quatre rencontres ont permis d'aborder les sujets suivants :

- l'appropriation du mandat du comité de vigilance et de la qualité et du rôle des membres relativement au cadre légal et aux lignes directrices émises par le MSSS;
- les règlements de fonctionnement du comité;
- la procédure d'examen des plaintes;
- l'élaboration de standards de gestion de la qualité pour les établissements gestionnaires de ressources de types familial et intermédiaire;
- suivi des visites d'appréciation et l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région;
- la démarche de certification des résidences privées pour personnes âgées.

En outre, les recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que leurs suivis sont à l'ordre du jour de chaque rencontre.

L'ensemble de ces sujets et ceux à venir permettra au comité de traiter de façon systémique les dimensions reliées à l'amélioration de la qualité des services.

2.11 COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Mandat

Le comité est responsable de donner son avis sur les Programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence de la santé et des services sociaux, évaluer ces programmes et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Collège associations communautaires
Poste vacant

Collège milieu scolaire
Madame Maria Lavoie
Trois-Rivières

Collège population anglophone
Madame Carol Chiasson
Trois-Rivières

Madame Charlotte Dousett
Trois-Rivières

Monsieur Jay Grivell
Shawinigan

Résultats atteints

Le comité pour les Programmes d'accès à des services en langue anglaise a tenu trois rencontres en 2006-2007. Au cours de ces réunions, les membres du comité ont pris connaissance :

- du nouveau cadre de référence pour l'accès aux services en langue anglaise ;
- de la politique régionale d'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise et les communautés culturelles ;
- du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

Outre certains avis techniques requis en vertu des règles internes de fonctionnement, le comité a émis une recommandation au conseil d'administration portant sur :

- l'accès aux services en langue anglaise.

2.12 COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

Mandat

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques, nouvellement créé suite à l'adoption du projet de loi n° 83, exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

1° faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;

2° donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;

3° donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;

4° exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Madame Louise Deshaies, pharmacienne

Monsieur Charles Fortier, pharmacien chef
CSSS Drummond (CH Sainte-Croix)

Madame Chantal Morissette, pharmacienne

Madame Louise Lafond, pharmacienne
CSSS Drummond (CH Sainte-Croix)

Madame Isabelle Jacques, pharmacienne

Madame France Manseau, pharmacienne
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska

Madame Hélène Lamy, pharmacienne
CSSS de l'Énergie

Monsieur Alain Lafrance, pharmacien

Monsieur Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

Résultats atteints

En 2006-2007, le comité s'est mis en place et s'est réuni à 6 reprises. Il a travaillé à :

- l'élaboration d'un Plan quinquennal sur le circuit du médicament 2007-2012.

- au projet d'une clinique d'anticoagulothérapie régionale pour le Trois-Rivières métro (CSSSTR et CHRTR) qui servirait de pilote pour l'ensemble de la région terme.

- au suivi régulier du Plan de la pandémie d'influenza à chaque rencontre du comité.

2.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Mandat

Le Département régional de médecine générale (DRMG), qui regroupe l'ensemble des 440 médecins omnipraticiens de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, exerce ses responsabilités sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence. Il doit faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique (PREM), sur la liste des activités médicales prioritaires (AMP) et sur la nature des services médicaux généraux et en évaluer l'atteinte des objectifs. Il doit aussi proposer un Plan régional d'organisation de services médicaux et un réseau d'accessibilité.

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Le comité de direction, présidé par D[r] Benoît Gervais, est composé d'un représentant de la Table médicale territoriale (TMT) de chacun des 8 réseaux locaux de services (RLS), soit :

D[r] Réjean Duplain, Trois-Rivières

D[r] Benoît Gervais, Drummondville

D[r] Guy Gingras, Haut-St-Maurice

D[r] Guy Grenier, Maskinongé

D[r] Jocelyn Hébert, Bécancour–Nicolet-Yamaska

D[r] Denis Huot, Énergie

D[re] Christine Jacques, Vallée-de-la-Batiscan

D[r] Sylvain Labbé, Arthabaska-et-de-l'Érable

Résultats atteints

En 2006-2007, le comité de direction s'est réuni à 10 reprises. Encore cette année, le DRMG a travaillé activement aux différents volets suivants :

Effectifs médicaux en omnipratique

Dans le but de contrer la pénurie importante d'effectifs dans la région, le DRMG s'est penché sur l'amélioration du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREMO). À cet effet, il a, par résolution et appuyé par le CA de l'Agence, proposé au MSSS et à la FMOQ une méthode

introduisant un facteur de correction dans la répartition provinciale des effectifs afin de combler le plan d'effectifs à la hauteur de la moyenne provinciale, soit à 90 %.

Suite aux différentes représentations de l'Agence et du DRMG, le MSSS et la FMOQ reconnaissent toujours la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme ayant la plus forte pénurie d'effectifs dans la province avec seulement 79 % d'atteinte de ses besoins. En 2006, 33 nouveaux médecins sont arrivés dans la région alors que le Ministre a autorisé l'installation de 28 autres nouveaux médecins pour l'année 2006-2007. Toutefois, le DRMG a annoncé qu'il faudrait au moins 43 nouveaux médecins pour atteindre la moyenne provinciale de 90 %. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus de 522 médecins omnipraticiens. La situation a fluctuée de la manière suivante : 7 médecins ont quitté la région, 3 ont pris leur retraite ou ont cessé leur pratique et 1 est décédé. Le DRMG va continuer ses représentations auprès de la FMOQ et du MSSS pour modifier la méthodologie de répartition des nouveaux médecins afin de favoriser la région.

Mesures incitatives

L'Agence a obtenu 3 nouveaux forfaits d'accessibilité de 20 000 $ chacun pour favoriser l'installation de médecins dans la région. En 2006, le DRMG a octroyé 10 forfaits, soit 6 en Mauricie et 4 au Centre-du-Québec.

Octroi des activités médicales particulières (AMP)

Le DRMG a obtenu des dérogations du ministre pour octroyer des AMP à la prise en charge de patients vulnérables pour chacun des réseaux locaux de services (RLS). La gestion rigoureuse des octrois des activités médicales particulières (AMP) constitue une priorité du DRMG en vue d'une application la plus équitable possible entre les médecins.

Recrutement de médecins étrangers

Au 31 mars 2007, 2 médecins étrangers ont débuté leur pratique dans la région, soit 1 omnipraticien pour le RLS de Maskinongé et 1 spécialiste pour le RLS Drummond. Actuellement, 1 spécialiste et 2 omnipraticiens sont en stage d'évaluation et devraient débuter leur pratique d'ici l'automne 2007, alors que 33 autres médecins étrangers parrainés par ces établissements sont toujours en démarche d'examen avec le Collège des médecins du Québec.

Formation médicale décentralisée

En 2006, les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont connu une augmentation très appréciable du nombre de résidents et d'étudiants en externe dans le cadre de la formation médicale décentralisée. Un budget de 723 874 $ a été autorisé par le MSSS pour soutenir les établissements comparativement à 507 811 $ en 2006. Ainsi, près de 850 étudiants et résidents provenant des quatre facultés de médecine ont réalisé des stages dans les cinq centres hospitaliers de la région, soit une augmentation de 30 % sur 2005. Il s'agit d'une mesure structurante pour recruter de nouveaux médecins.

Campus universitaire et Unité de médecine de famille (UMF)

L'évolution du campus universitaire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal situé au CHRTR s'est poursuivie avec l'arrivée de 24 nouveaux étudiants en prémédecine en septembre 2006 à l'UQTR qui s'ajoutent aux 62 étudiants de la 1re et 2e année. Aussi, 12 résidents en médecine familiale sont en formation à l'UMF de Trois-Rivières et 6 autres débuteront en juillet 2007.

Les retombées de la formation universitaire en médecine du campus ont conduit à la création d'une unité de médecine interne au CSSS de l'Énergie à Shawinigan pour la supervision des étudiants dans cette discipline. Les ententes entre la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et le CSSS de l'Énergie ont été conclues. En juillet 2007, débutera la mise en place de cette deuxième unité de médecine de famille (UMF) avec l'arrivée des nouveaux résidents. Là encore cette mesure constitue un atout dans le recrutement de médecins.

Le DRMG poursuivra ses travaux reliés à l'organisation des services médicaux, aux avis à donner sur les projets GMF et continuera à soutenir les Tables médicales territoriales (TMT) dans l'élaboration des projets cliniques dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

2.14 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Mandat

Sous l'autorité du président-directeur général, la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée a pour principales responsabilités de :

- faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés;
- définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
- donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS);

Liste des membres (au 31 mars 2007)

Dr Stephan Pelletier, CSSS Drummond, anesthésiologie

Dr Georges Dufour, CSSS de l'Énergie, chirurgie

Dr Jacob Philipp Haddad, CHRTR (représentant Rive-Nord), chirurgie

Dr Normand Laurin, CHRTR, imagerie médicale

Dr Marco Gallant, vice-président, CSSS Drummond, médecine interne

Dr Georges Desrochers, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (représentant Rive-Sud), médecine interne

Dr Christian Carrier, président, CHRTR, médecine de laboratoire

Dre Marie-Claude Philibert, CSSS Drummond, obstégtrique-gynécologie

Dr Jean-Claude Cantin, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, pédiatrie

Dr Pierre Lapointe, CSSS de l'Énergie, psychiatrie

M. Jean-Denis Allaire, Agence, président-directeur général

Professeur Gilles Faust, observateur, RUIS de Sherbrooke

Dr Pierre Gagné, observateur, RUIS de Montréal

Dr Alain Desrosiers, observateur CSSS Haut-St-Maurice

Résultats atteints

En 2006-2007, la Table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée a été mise en place et a tenu une réunion. Elle a travaillé à :

- l'élaboration des règlements concernant la composition, la durée du mandat, les modalités d'élection, de nomination et les modalités de fonctionnement de régie interne qui ont été adoptés par le conseil d'administration de l'Agence.
- la tenue d'une consultation auprès des chefs de départements de médecine spécialisée de la région pour recommander au ministre le nom d'une personne pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Agence.

Les sujets suivant ont fait l'objet de discussions :

1° Le projet de loi n° 33 sur l'accessibilité aux soins de santé

2° Le processus de priorisation en haute technologie

3° Les effectifs médicaux spécialisés 2007-2008

Notons à ce sujet que l'Agence a collaboré, avec les Tables du Plan régional des effectifs médicaux des réseaux universitaires intégrés de services (PREM-RUIS), à l'analyse des propositions au regard des besoins en effectifs médicaux pour la région et en a proposé certaines modifications. Le ministre a approuvé pour l'année 2007 un Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité (PREMS), lequel a donné l'autorisation de recruter 42 nouveaux médecins. De ce nombre, 22 nouveaux spécialistes ont débuté dans la région et seulement 2 médecins ont cessé leur pratique.

2.15 LES DÉMARCHES D'IMPLANTATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS)

L'Agence exerce un rôle de soutien auprès des CSSS, des établissements à mission régionale et d'autres partenaires engagés dans les démarches territoriales d'implantation des réseaux locaux de services (RLS). Ces démarches de mobilisation territoriale visent l'élaboration de projets cliniques en présence des acteurs intersectoriels. Le rôle de l'Agence vise à s'assurer d'un projet régional fonctionnel et cohérent. Pour ce faire, l'Agence anime une Table régionale des responsables des projets cliniques, laquelle est un outil de gestion et un intrant pertinent au partage d'information, au transfert des connaissances, à l'expression des besoins de soutien, de cohérence et d'arrimage des travaux territoriaux. À ce titre, elle assure :

- la conduite de travaux régionaux avec l'implication des CSSS sur le développement de cadres de référence, d'ententes types de collaboration et d'outils susceptibles de faciliter la mise en place des réseaux locaux de services.
- le soutien aux ententes et modalités requises à la réalisation des réseaux locaux.
- la cohérence de ses propres actions de soutien avec les autres décisions et démarches reliées à l'exercice de ses responsabilités courantes.
- la liaison médicale en s'associant particulièrement les directions générales d'établissements, le Département régional de médecine générale (DRMG) et les Tables médicales territoriales (TMT).

Les principaux résultats atteints en 2006-2007 se résument ainsi :

- Tous les CSSS ont constitué des structures de coordination et des chantiers de travail par programme services pour l'élaboration de projets cliniques.

- Le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan et le CSSS de Maskinongé ont présenté en cours d'année leur projet clinique à l'Agence, ce qui les engagent à la réalisation avec les partenaires des priorités territoriales convenues entre eux.

- La plupart des établissements se sont assurés de la pérennité de leurs mécanismes de concertation pour prévoir la gestion de leurs projets cliniques et le monitorage de leurs résultats après la planification des projets.

- Deux outils de communication ont été créés pour faciliter l'appropriation des concepts reliés à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services. Un outil d'animation a aussi été élaboré pour soutenir la discussion au sein des équipes sur la mise en réseau, ses enjeux, ses embûches et les gestes à poser.

- L'intégration du volet médical proprement dit se fait par les divers mécanismes de concertation territoriaux en présence des membres du comité de direction du DRMG et des chefs des Tables médicales territoriales (TMT).

Au-delà des démarches de mobilisation et de planification des projets cliniques, les réseaux locaux de services prennent forme concrètement et graduellement à travers la mise en réseau et l'exercice de la responsabilité populationnelle dans les opérations courantes des différents programmes services.

CHAPITRE 3 LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

3.1 PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

La direction de santé publique, outre la réalisation de son mandat légal tel que précisé à l'article 373 de la Loi sur la santé et les services sociaux, a poursuivi ses efforts quant à la mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique (PARSP). Outre les éléments décrits, la direction a poursuivi ses relations de collaboration avec les directions locales responsables de la santé publique.

Protection

3.1.1 Prévention des ITSS

Les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont implantés dans tous les territoires de CSSS. La plupart d'entre eux ont rencontré les objectifs visés. Les efforts sont toutefois à renforcer pour rejoindre les clientèles vulnérables directement dans leurs milieux de vie (écoles, sauna, bars, etc.) afin de consolider le dépistage des infections à chlamydia qui se maintiennent à la hausse dans la région. On dénombre 1 013 diagnostiques reliés à la chlamydia en 2006 contre 1 028 en 2005, d'où l'importance de rejoindre les personnes atteintes et leurs partenaires.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	1 566	261	442
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccinations réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	646	323	510

Commentaires

Note : Les résultats de l'année 2005-2006 ne sont pas comparables aux cibles ou aux résultats 2006-2007. Le résultat de l'année 2005-2006 a dû être divisé par 6 (indicateur 1.1.7=261) ou par 2 (1.1.9=323) afin d'assurer une concordance avec la nouvelle méthode de calcul de l'indicateur pour l'année 2006-2007. Un écart à la réalité est alors possible.

Bien que les clientèles vulnérables posent un défi dans la capacité de les rejoindre pour ce type de services, les efforts des CSSS ont été fructueux en 2006-2007.

Il est à noter que certaines activités de dépistage de groupe ne sont pas prises en compte dans ces résultats, ainsi que les clientèles rejointes dans le cadre d'autres programmes et qui sont référées à l'établissement pour un dépistage.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007 – révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.1.2 Traçabilité des produits sanguins

Tous les établissements désignés pour prendre en charge l'administration de produits sanguins doivent s'assurer que les processus mis en place permettent d'en assurer la sécurité à 100 %. L'Agence reçoit mensuellement l'information sur le taux de traçabilité et en assure un suivi rigoureux. Au cours de 2006-2007, un seul produit a été administré (immunoglobuline IV) sans qu'on puisse en identifier le receveur, et ce, malgré des recherches intensives réalisées à cet égard, ce qui explique le taux de traçabilité à 99,8 %.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Système du sang**

Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	99,7 %	100 %	99,8 %

Commentaires	
Sur l'ensemble des produits sanguins suivis dans la région, un seul produit (immunoglobuline) a été administré à un receveur dont le nom demeure inconnu. Cette information manquante explique l'écart observé entre le résultat 2006-2007 et la cible.	
Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.1.3 Infections nosocomiales

Le suivi régulier des données de surveillance, la vérification de la mise à jour du plan d'action des établissements en difficulté, une enquête professionnelle dans un des établissements et les visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région, constituent les événements significatifs survenus cette année. Un rapport de ces visites, incluant un ensemble de recommandations, a été transmis à chacun des établissements concernés. Un rapport régional a aussi été produit à l'intention du MSSS et présenté au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.

D'autre part, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales a poursuivi ses travaux d'élaboration d'un plan d'action régional à l'égard des infections nosocomiales et de protocoles régionaux (Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), gastro-entérite (GE), Influenza) visant à faire une mise à niveau et une harmonisation des pratiques. Le but est de permettre aussi de mieux outiller le personnel du réseau.

La surveillance continue qu'exerce la direction de santé publique a permis de constater une augmentation de 10 % quant à l'incidence de diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD) cette année par rapport à 2005-2006. Cette augmentation est en lien avec les difficultés rencontrées dans deux établissements de la région au cours des cinq dernières périodes de l'année. Une amélioration de 19 % a toutefois été obtenue comparativement à 2004-2005.

Une section du site de l'Agence concernant le Clostridium difficile a été ajoutée et est régulièrement mise à jour afin d'informer autant les professionnels que la population sur la situation régionale et fournir des renseignements généraux sur le sujet.

3.1.4 Vaccination contre l'influenza en CHSLD

L'année 2005-2006 a été la première année où des données fiables ont pu être colligées sur la vaccination contre l'influenza en CHSLD. Le tableau ci-joint nous présente les données 2006-2007 comparées aux données 2005-2006. Seules les installations d'hébergement (CHSLD) ainsi que les 2 établissements privés conventionnés ont été inclus dans ce rapport.

Comparaison des taux de couverture vaccinale (TCV) en CHSLD				
Catégories	Objectifs	Année 2005-2006	Année 2006-2007	Augmentation (%)
Résidents	90 %	83,4 %	87,8 %	4,4 %
Travailleurs	80 %	53,1 %	62,8 %	9,8 %

Les taux de couverture vaccinale (TCV) de 2006-2007 ont révélé une augmentation significative de la vaccination, particulièrement chez les travailleurs de la santé, catégorie ayant historiquement un faible taux de couverture vaccinale contre l'influenza. Il faut reconnaître que des efforts importants et soutenus devront être consentis afin de poursuivre l'amélioration de la situation dans les années à venir. Quant aux taux de couverture vaccinale (TCV) chez les résidents, le résultat s'approche de l'objectif visé, lequel devrait être atteint dans un avenir rapproché.

Promotion et prévention

3.1.5 Saines habitudes de vie et prévention de maladies chroniques

Les équipes locales pour la promotion de saines habitudes de vie et le développement d'environnements propices à l'adoption et au maintien du non tabagisme, d'une saine alimentation et à une pratique quotidienne de l'activité physique sont présentement en voie d'implantation.

Intensification des services d'abandon du tabagisme

En 2006-2007, les activités dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) se sont poursuivies en déployant les stratégies de promotion pouvant être mises en oeuvre régionalement et localement tant auprès des professionnels de la santé qu'auprès de la population. On a notamment procédé à l'implantation de la mesure *Terrain d'école sans tabac*.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Prévention – tabagisme**

Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
- Interventions individuelles	701	725	875
- Interventions de groupe	Nouvel indicateur	12	14

Commentaires	
Plusieurs activités de sensibilisation ont été menées par les CSSS auprès de leur population, des médecins omnipraticiens en cabinet ainsi que de ceux faisant partie des groupes de médecine familiale. Ces activités semblent avoir permis un recrutement de clientèle pour les centres d'abandon du tabagisme en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il est aussi permis de penser que la demande accrue de services d'abandon du tabagisme serait associée à l'entrée en vigueur des amendements à la Loi sur le tabac qui restreignent davantage la possibilité de fumer dans les lieux publics fermés.	
Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.1.6 La petite enfance (0-5 ans)

Promotion de l'allaitement

La cible visant l'établissement du réseau *Amis des bébés* constitue une dimension importante en promotion de l'allaitement. La région a participé au Défi Allaitement en septembre 2006 et réuni dans un rassemblement marquant, près de 350 mères et leurs bébés. Cette activité a donné beaucoup de visibilité au fait que l'allaitement peut se faire *N'importe où, n'importe quand !* Les responsables de la direction de santé publique ont aussi amorcé, de pair avec les autres régions du Québec, la mesure d'implantation de *l'Initiative des Amis des bébés*. La formation des intervenantes s'est poursuivie tout au long de l'année.

Services intégrés de périnatalité et de petite enfance (SIPPE)

La région atteint encore cette année la cible prévue à l'entente de gestion pour les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE) en accueillant 497 nouvelles familles dans les services, soit 149 mères de moins de 20 ans et 348 mères âgées de 20 ans ou plus, majoritairement faiblement scolarisées et à faible revenu. Un état de situation de l'implantation des SIPPE a été réalisé pour le volet accompagnement des familles afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées dans l'actualisation du programme. Différentes recommandations sont actuellement en processus d'actualisation suite à cette démarche. Notons qu'au suivi individuel de ces familles, s'ajoutent des activités de groupe et des actions intersectorielles pour l'amélioration des conditions de vie des familles.

3.1.7 Promotion d'écoles en santé

Dans le cadre de l'entente de complémentarité avec le réseau de l'éducation, la promotion de l'approche *Écoles en santé* s'est poursuivie. Chaque CSSS s'implique avec le milieu scolaire et 50 écoles sont en démarche d'implantation.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Promotion et prévention – jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.10 Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	Nouvel indicateur	70,0 %	77,8 %

Commentaires	
Puisque cette proportion est calculée avec les données de naissances d'une année antérieure, la réalité dépasse le résultat indiqué. En effet, les CSSS qui ont compilé manuellement les données de naissances de l'année 2006-2007 considèrent avoir rejoint toute la clientèle visée par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. La proportion de femmes rejointes dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance est passée de 73 % en 2005-2006 à 78 % en 2006-2007.	
Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Connaissance, surveillance et évaluation

3.1.8 Surveillance et évaluation

Plan commun de surveillance

Les directions de santé publique des CSSS et de l'Agence se sont dotées d'un plan commun de surveillance afin de suivre l'évolution de l'état de santé de la population.

Des analyses sur la fécondité et la périnatalité, sur le suicide et sur différents thèmes de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* ont été diffusées au cours de l'année.

3e phase du portrait des inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec

Grâce au soutien du MSSS et à la participation de sept régions, des travaux permettant de préciser des indicateurs relatifs au potentiel de développement des communautés ont été réalisés.

Enquête chez les jeunes du secondaire

Une enquête pour connaître l'état de santé des jeunes a été de nouveau réalisée cette année. Les écoles de la région ont été sélectionnées et des questionnaires ont été complétés par les

étudiants. Comme les enquêtes précédentes, la taille de l'échantillon est représentative par CSSS. La production du rapport est prévue pour l'automne 2008.

3.2 PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

3.2.1 Services préhospitaliers d'urgence

L'implantation du déploiement dynamique de la flotte de véhicules ambulanciers dans les zones de Bécancour, Nicolet, Batiscan, Shawinigan et Grand-Mère s'est traduite par une amélioration du temps-réponse dans ces milieux pour les appels d'urgence.

Une démarche d'accréditation a reconnu le centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CCSMCQ) en tant que centre d'excellence auprès du National Academy of Emergency Medical Dispatch (NAEMD). Au cours de l'année 2006-2007, le centre de communication santé a traité plus de 78 800 appels provenant de la population et des établissements, ce qui représente une augmentation de 14 % par rapport à l'année précédente (69 300 appels).

La révision complète du protocole d'entente tripartite (Agence, municipalités et entreprises ambulancières) a été effectuée pour les services de premiers répondants et cinq rencontres d'information avec les 27 municipalités opérant un tel service se sont tenues. La consolidation du réseau des premiers répondants a conduit à l'ajout de 50 nouveaux premiers répondants dans le secteur du Haut-St-Maurice.

On a procédé à la formation d'une durée de deux jours des 340 techniciens ambulanciers/paramédics de la région sur l'actualisation des connaissances 2006 (protocoles d'intervention clinique et traumatologie) ainsi que sur les nouvelles normes de réanimation cardiorespiratoire (RCR) déterminées par la Fondation des maladies du cœur du Québec. Une entente a été conclue entre l'Agence et la Fondation des soins avancés en urgence coronarienne du Canada (ACT) pour la promotion de la formation sur la réanimation cardiorespiratoire en milieu scolaire.

La modification du Programme d'assurance qualité des interventions des techniciens ambulanciers/paramédics a été effectuée pour répondre aux exigences du MSSS concernant les marqueurs de performance. En 2006-2007, 4 115 cas ont été révisés, incluant 3 559 cas d'administration de médicaments et 556 cas d'arrêts cardiorespiratoires (ACR) dont 19 cas de retour de pouls, pour un taux de réussite de 3,42 %. L'implantation d'un projet clinique d'électrocardiogramme 12 dérivations en soins préhospitaliers d'urgence et l'informatisation des formulaires clinico-administratifs ont été réalisées.

3.2.2 La traumatologie

Le Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 qui balise l'ensemble des maillons de ce continuum de services a été déposé au Groupe-conseil ministériel en traumatologie. Les recommandations mineures émises par les experts ont été intégrées au Plan directeur. Le Groupe-conseil ministériel en traumatologie a autorisé le renouvellement de la désignation du consortium d'établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Centre hospitaliers régional de Trois-Rivières et Centre de réadaptation InterVal) offrant des services aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

Une session de formation a été dispensée auprès de 15 intervenants dont 5 médecins sur les orientations ministérielles relatives aux traumatismes craniocérébraux légers. Enfin, quatre rencontres du comité régional de traumatologie ont eu lieu. Des travaux sont en cours en vue d'améliorer des corridors de services pour les différentes clientèles ayant subi un traumatisme, en particulier les blessés médullaires et les enfants.

3.2.3 GMF et Info-Santé

Groupe de médecine de famille (GMF)

Au 31 mars 2007, deux nouveaux GMF ont été accrédités par le ministre de la Santé et des Services sociaux, ce qui a porté à 17 le nombre de GMF en Mauricie et Centre-du-Québec répartis comme suit :

- 6 GMF en Mauricie
- 11 GMF au Centre-du-Québec

Les 17 GMF accrédités comprennent 184 médecins et 34 infirmières équivalent temps complet. Au 31 mars 2007, environ 156 515 personnes étaient inscrites, soit 26 % de la population de la région. Deux autres projets sont actuellement en élaboration pour être accrédités d'ici l'automne 2007.

Notons qu'en janvier 2007, six GMF de la Mauricie et Centre-du-Québec ont obtenu le renouvellement de leur accréditation pour une durée de trois ans chacun. Par ailleurs, on dénombre actuellement deux GMF en attente d'accréditation, 1 au Centre-de-la-Mauricie et l'autre à Trois-Rivières.

Info-santé

Le service Info-Santé gagne en popularité auprès de la population, phénomène pouvant s'expliquer notamment par la pénurie de médecins de famille dans la région qui rend difficile l'accès à des services de première ligne. Si bien que le taux d'utilisation du service Info-Santé a grimpé à 390 appels en 2006-2007 soit 113 de plus que l'année précédente, ce taux est calculé en fonction du nombre d'appels répondus par les infirmières d'Info-Santé. Il varie par l'achalandage de la population et, selon la rapidité d'accès à une réponse par une infirmière.

Autre facteur explicatif, en 2006-2007, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été retenue comme région pilote pour implanter la ligne 811. Ainsi, depuis novembre 2007, la population a accès à un numéro unique lorsqu'elle souhaite parler à une infirmière d'Info-Santé. Ce nouveau mécanisme d'accès a eu un impact sur l'augmentation du volume d'appels répondus en 2006-2007 et a favorisé l'atteinte de la cible retenue par le ministère, soit 390 appels par 1 000 de population.

Malgré une augmentation moyenne du nombre d'appels variant entre 30 et 50 % par période et l'implantation de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de la réponse téléphonique, le service Info-Santé a réussi à maintenir une bonne performance tout au long de l'année. Toutefois, au cours des deux dernières périodes, des épisodes de grippe, de gastro-entérite et une instabilité au niveau des ressources humaines a fragilisé le service et entraîné une baisse de la performance. La situation s'est rétablie depuis. Enfin, mentionnons que depuis février

2007, les centrales Info-Santé du Québec sont reliées entre elles pour permettre à la population d'avoir accès à une infirmière lorsque le délai d'attente dépasse plus de 4 minutes.

3.2.4 Services psychosociaux

Info-Social

La centrale Info-Social de la région offre présentement un service de réponse téléphonique aux personnes ayant des besoins de nature psychosociale les soirs, les fins de semaine et les jours fériés. Au total, neuf intervenants sociaux sont disponibles dans la région pour se rendre au domicile des personnes en situation de crise. Ce service est un prolongement des services sociaux courants offerts par les établissements de santé et de services sociaux en dehors des heures d'ouverture.

En 2006-2007, la centrale Info-Social a reçu 8 173 appels de la population et 3 % de ces appels ont nécessité 270 interventions à domicile. L'augmentation constante du nombre d'appels et du nombre d'interventions à domicile démontre que ce service répond à un besoin réel de la population lorsque surviennent des situations de crise. Les raisons d'appels à Info-Social sont le plus souvent reliées à des troubles anxieux ou des problèmes de santé physique.

Violence conjugale

À l'instar du gouvernement du Québec qui adoptait un plan d'action 2004-2009 en matière de violence conjugale, l'Agence a adopté un plan d'action régional qui concerne les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés à la violence conjugale et les hommes ayant des comportements violents.

Le plan vise l'harmonisation des pratiques des différents secteurs en proposant des actions de prévention notamment en périnatalité et en milieu scolaire, de la formation en intervention auprès des victimes de violence conjugale auprès des enfants exposés et des conjoints violents. De plus, il vise l'amélioration des pratiques auprès des clientèles particulières comme les personnes âgées, les autochtones et les immigrants. Enfin, la mise en réseau des partenaires intersectoriels est une condition de réussite essentielle au succès des actions en violence conjugale.

Dans l'idée de poursuivre ces mesures concertées afin d'assurer la sécurité et la protection des victimes et de leurs proches, une formation a été offerte sur *Le secret professionnel et la confidentialité : comment réagir quand une personne est en danger.* Cette formation a rejoint cinquante cadres et conseillers cliniques des centres de santé et de services sociaux, du Centre jeunesse, des groupes oeuvrant en violence et des intervenants de la sécurité publique. Elle visait à sensibiliser les participants aux règles qui régissent la communication des renseignements confidentiels. Elle fournissait de plus aux participants des outils concrets facilitant la prise de décision de communiquer des informations dans des situations de violence conjugale et d'agression à caractère sexuelle.

Agression sexuelle

Une journée d'information régionale intersectorielle sur les drogues du viol : *Prendre conscience... et s'en souvenir* a été réalisée en avril. Cette journée visait à connaître la situation dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et au Québec, les différentes substances

utilisées et les moyens d'intervention auprès des victimes. Elle visait également à dégager les pistes de solutions afin de prévenir les agressions sexuelles sous les drogues du viol. Cent cinquante personnes y ont participé.

Une journée de formation sur l'intervention psychosociale auprès des enfants agressés sexuellement et qui reçoivent des services en centre désigné a été tenue en février. Cette journée qui s'adressait aux intervenants des centres désignés a permis de réunir 25 personnes. Par ailleurs, la deuxième année de la campagne de promotion des services pour les victimes a eu lieu en mai 2006. Des messages télé et radio ont été diffusés dans la région.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	**Résultats 2005-2006**	**Cibles* 2006-2007**	**Résultats 2006-2007**
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 753	4 973	4 995
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,5	3,87	3,57

Commentaires

Certains CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont connu une augmentation importante du nombre de personnes desservies dans le cadre des services psychosociaux généraux. À titre d'exemple, un CSSS affiche de 38 % plus de clientèle qu'en 2005-2006.

En contrepartie, l'intensité moyenne par usager devient difficile à augmenter lorsque plusieurs personnes sont rejointes dans une même période de temps. Les CSSS ont tout de même réussi à augmenter légèrement l'intensité de services pour cette clientèle. Dans ce sens, l'augmentation du nombre total d'interventions traduit cependant l'effort global consenti passant de 16 636 interventions pour cette clientèle en 2005-2006 à 17 831 en 2006-2007.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.2.5 Mesures d'urgence

Plans de lutte à une pandémie d'influenza

Tel que prévu aux ententes de gestion et d'imputabilité, l'Agence a déposé un Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, à partir duquel chaque établissement a ensuite produit son plan local. Plusieurs activités de soutien au développement des plans locaux de lutte à une pandémie d'influenza ont été réalisées par l'Agence, dont une tournée des 13 établissements.

Campagne *En cas d'urgence nucléaire, je sais quoi faire !*

Les résidents et commerçants de la zone de 8 km autour de la centrale nucléaire de Gentilly-2 avaient reçu en 2003 des comprimés d'iode stable et des conseils sur les mesures de protection de la santé en cas d'urgence nucléaire. Ces comprimés atteignaient leur date de péremption au printemps 2007. En collaboration avec l'Organisation régionale de sécurité civile, les trois CSSS et les municipalités de la zone concernée, l'Agence a conçu et mis en oeuvre une nouvelle campagne d'information préventive et de redistribution de comprimés d'iode à la population.

3.3 PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Relativement au document sur la *Vision stratégique et le Plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, l'Agence a soutenu des travaux d'analyse qui ont conduit à l'élaboration d'un guide de référence pour les services suivants : centre de jour (CJ), hébergement temporaire (HT), service ambulatoire gériatrique (SAG), unité de courte durée gériatrique (UCDG) et unité de réadaptation fonctionnelle (URFI). L'ensemble de ces travaux conduira à l'adoption d'un cadre de référence intégré pour ces cinq volets du continuum de services et fera l'objet d'un complément au Plan d'action régional sur le vieillissement.

L'Agence a animé des travaux visant à améliorer la fluidité des services du continuum géronto-gériatrique dans le grand Trois-Rivières, en collaboration avec les établissements concernés, soit : le CSSS de Maskinongé, le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan, le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, le CSSS de Trois-Rivières, le CHRTR et le Centre de réadaptation InterVal. Une expérimentation du monitorage des délais d'accès à l'hébergement et aux services en UCDG et URFI est en vigueur. L'objectif visé est d'assurer la prise en charge par le service concerné dans un délai de 72 heures dans 80 % des cas.

De plus, les activités suivantes ont été réalisées :

- Le déploiement du logiciel e-SMAF afin d'effectuer le calcul du profil ISO-SMAF dans chaque CSSS. L'utilisation de ce logiciel permet de réduire les délais liés à la manipulation des dossiers et conséquemment à la prise de décision d'orientation aux mécanismes d'accès à l'hébergement.
- La poursuite des travaux d'harmonisation sur les pratiques en soutien à domicile visant plus particulièrement deux priorités : l'offre de service dédiée aux proches-aidants et le service de soutien technique.
- À la coordination régionale des mécanismes d'accès, les délais moyens d'attente sont de 27,7 jours. Ces délais varient selon la ressource concernée 19,8 jours pour les CHSLD, 63,7 jours pour une ressource intermédiaire (RI) et 11,2 jours pour une résidence d'accueil (RA).
- Le bilan au 31 mars dernier du suivi des plans d'amélioration, découlant des visites effectuées en CHSLD au cours des trois dernières années témoigne de l'engagement du réseau dans l'amélioration de la qualité de vie des résidants. Trois établissements ont déjà réalisé plus de 80 % des recommandations qui leur étaient adressées. On observe particulièrement deux faits marquant d'amélioration. Ils portent sur une plus grande participation des usagers, des familles et des comités de résidants ainsi que sur une réelle gestion du changement portée par les conseils d'administration et les équipes de direction suscitant la mobilisation de l'ensemble du personnel.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	11 068 (14 %)	12 188 (15,4 %)	11 760 (14,9 %)
1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	22,7	22,0	22,7

Commentaires

Note : En 2006-2007, le calcul des indicateurs exclut certains types d'intervention, le résultat 2005-2006 sur le nombre de personnes rejointes s'avère légèrement surestimé.

La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est reconnue comme étant plus âgée que celle du Québec et dont le vieillissement s'effectue plus rapidement. Dans ce sens, les investissements et le volume de personnes rejointes en services à domicile, indépendamment du programme-services, s'accroissent annuellement. Ainsi, l'ensemble de la clientèle desservie à domicile par les CSSS a augmenté de 25 % depuis 5 ans passant de 21 058 à 26 359 personnes et ce, malgré l'utilisation accrue d'autres modes de prestation de services à domicile.

Dans un contexte de vieillissement de la population et du maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible, le fait d'augmenter ou même de maintenir un taux de pénétration en services à domicile devient un défi majeur. Dans ce sens, bien qu'ayant augmenté le nombre de personnes rejointes (703 personnes de plus) , la cible n'a pu être atteinte en 2006-2007.

Il convient d'insister sur le fait que les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que les interventions réalisées par le personnel des CSSS. Sont exclus les services d'aide à domicile qui revêtent d'autres formes, tels les services d'aide domestique dispensés par les entreprises d'économie sociale ou à l'aide du chèque emploi-service. Le fait d'exclure cette production par d'autres modes de prestation de services entraîne une sous-estimation de l'intensité réelle des services reçus à domicile par les personnes de notre région. Basée sur une estimation conservatrice intégrant l'ensemble des modes de prestation de services, une personne en perte d'autonomie en Mauricie et au Centre-du-Québec a reçu en moyenne 26,5 interventions durant l'année 2006-2007. Les populations de trois territoires de réseaux locaux de services auraient reçu 30 interventions à domicile ou plus en moyenne par personne.

Les plans d'actions territoriaux développés en lien avec le document *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec* devraient permettre d'intensifier l'offre de service.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007 – révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Démarche d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substituts

Comme on vient de le voir, le ministère a entrepris depuis trois ans une démarche d'appréciation de la qualité des services dans tous les milieux de vie substituts soit les CHSLD ainsi que les RI-RTF. Pour l'année 2006, un comité ministériel a réalisé trois visites dans des établissements de notre région.

Les CHSLD Foyer-de-la-Pérade (CSSS Vallée-de-la-Batiscan) et Résidence Joseph-Denys (CSSS de Trois-Rivières) de même que les RI-RTF relevant du CSSS de l'Énergie pour son volet santé mentale ont été choisis et ce, toujours de façon aléatoire par le ministère. Différents groupes de personnes ont été mis à contribution lors de ces visites tels les usagers, les familles, les comités d'usagers, les intervenants, les propriétaires de ressources ainsi que les gestionnaires. De plus, la visite des lieux de même que l'observation du fonctionnement ont permis de dresser un portrait des services pour chacun des sites visités.

Ces visites ont permis d'identifier un ensemble d'aspects positifs, d'éléments à améliorer ainsi que des recommandations concernant différents thèmes tels que les services offerts (l'alimentation), l'organisation clinique (présence de plans d'interventions), l'environnement humain (le respect) et l'environnement physique (la sécurité).

Comme pour les années précédentes, un suivi rigoureux sera accordé sur les recommandations de ces visites qui vont se traduire par un plan d'amélioration dans les établissements concernés. L'Agence travaille de concert avec les établissements visés pour être en mesure de répondre aux attentes ministérielles

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,97	2,95	2,98
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25	0,25	0,24

Commentaires

Les indicateurs mesurant les nombres moyens d'heures travaillées par jour-présence varient selon le taux d'occupation des lits en hébergement de longue durée. Ainsi, plus il y a de places occupées, plus le ratio d'heures par jour-présence a tendance à diminuer. Étant donné le plan d'action sur le vieillissement et conséquemment, l'augmentation du taux d'occupation des lits, ainsi que de la difficulté de recrutement et de rétention de certaines ressources professionnelles telles les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, la contribution des établissements à l'atteinte des cibles régionales est à souligner.

Il est à noter que le résultat concernant les services professionnels (1.3.4) est supérieur à la cible 2010 demandée par le ministère.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.4 PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

Des services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région. Les objectifs signifiés portent sur la pénétration des services et la réduction des listes d'attente.

En 2006-2007, le Centre de réadaptation InterVal a desservi un total de 3 679 personnes. On remarque notamment une progression du nombre de personnes desservies en déficience auditive et en déficience du langage et une réduction des délais d'attente pour les clientèles en déficience visuelle et en déficience du langage. Globalement, les résultats 2006-2007 relativement aux services spécialisés sont supérieurs à la cible 2010 établie par le MSSS.

De façon détaillée, 2 117 personnes présentant une déficience motrice ont reçu des services spécialisés, alors que la cible 2010 est située à 1 802. En déficience visuelle, 688 personnes ont été desservies; ce qui constitue un résultat légèrement inférieur à celui de l'an dernier (722). En déficience auditive, le Centre de réadaptation a desservi 423 personnes; soit 33 de plus que l'an dernier. En déficience du langage, 451 personnes ont reçu des services spécialisés, comparativement à 440 l'année précédente. Cette année encore, la disponibilité de professionnels dans certaines disciplines (orthophonie, spécialiste en basse vision) fait défaut dans la région et fragilise la capacité à atteindre les seuils établis.

Signalons par ailleurs qu'en juillet 2006, le Centre de réadaptation InterVal a été mandaté par l'Agence pour la mise en place de services aux personnes présentant des problèmes de bégaiement ou de dyspraxie. Enfin, en décembre 2006, le Groupe conseil en traumatologie, volet réadaptation/soutien à l'intégration sociale, a confirmé la désignation du consortium régional d'établissements offrant des services aux personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave dont fait partie le Centre de réadaptation InterVal.

Services de soutien à domicile

La disponibilité des services spécifiques de soutien à domicile de première ligne permet de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir leur famille. Ainsi, les objectifs signifiés portent sur la pénétration et l'intensité des services de soutien.

Les résultats de l'année 2006-2007 font en sorte que les cibles 2010 sont en voie de réalisation. En effet, près de 3 200 personnes présentant une déficience physique ont reçu des services de soutien à domicile de leur CSSS alors que l'objectif régional était de 3 337, ce qui situe le niveau d'atteinte à 96 %. L'intensité visée était de 17,6 interventions par personne et le résultat obtenu a été de 18,6 interventions par personne. Notons qu'en ajoutant à ce portrait la contribution des autres modes de prestation de services (*Chèque-emploi service* et *entreprises d'économie sociale et d'aide domestique*), la moyenne régionale est de 76,2 interventions par personne.

En ce qui a trait au soutien à la famille, une allocation directe de répit a été allouée à 782 familles, soit 25 (3 %) de plus que l'objectif fixé en 2006-2007. La cible 2010 établie par le MSSS est de 642 familles.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	3 301**	3 337	3 180
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	17,2	17,6	18,6

Commentaires

L'année 2006-2007 a permis une stabilisation de la saisie des données dans le système d'information clientèle des CSSS améliorant la qualité du suivi des résultats. La majorité des CSSS ne mentionnent aucune demande de services en attente.

Comme pour le programme services *Personnes âgées en perte d'autonomie*, il convient d'insister sur le fait que les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que les interventions réalisées par le personnel des CSSS. Sont exclus les services d'aide à domicile qui revêtent d'autres formes, tels les services d'aide domestique dispensés par les entreprises d'économie sociale ou à l'aide du chèque emploi-service. Le fait d'exclure cette production par d'autres modes de prestation de services entraîne une sous-estimation de l'intensité réelle des services offerts à domicile aux personnes de notre région.

Basée sur une estimation conservatrice intégrant l'ensemble des modes de prestation de services, une personne avec une déficience physique en Mauricie et au Centre-du-Québec a reçu en moyenne 76,2 interventions durant l'année 2006-2007.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

** Les résultats 2005-2006 apparaissant sur cette fiche reflètent l'exclusion de certains types d'intervention selon la nouvelle méthode de calcul de l'indicateur en 2006-2007 (écart de –1 personne soit 3 302).

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	729	757	782

Commentaires

Aucune famille n'est en attente de services de soutien en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Par ailleurs, une estimation régionale porte à 23 384 le nombre d'interventions pour les aidants, interventions offertes sous forme d'allocation directe de répit-dépannage, de présence-surveillance ou de soutien au rôle parental.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	2 273	2 273	2 117
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	722	755	688
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	390	425	423
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	440	460	451

Commentaires

Note : Les données apparaissant entre parenthèses sont corrigées en fonction de la mise à jour du système d'information sur la clientèle qui cumule une seule fois une personne, même si elle présente plusieurs types de déficience. Ces données ne sont pas comparables à celles de 2005-2006, ni aux cibles 2006-2007.

Bien que l'on constate un écart négatif à la cible en déficience motrice, le résultat 2006-2007 se situe au-delà de la cible établie par le ministère pour l'année 2010. Une diminution des nouvelles références serait en lien avec les résultats moindres.

En déficience visuelle, des ajustements apportés au mode de saisie des données font en sorte que les résultats sont inférieurs à la cible 2006-2007 puisque les interventions des optométristes ne sont plus compilées lorsque non jumelées à celles d'un autre intervenant du programme. L'équipe en basse vision a été complétée en cours d'année. Ainsi, la capacité à intégrer un volume plus important de nouveaux usagers tout en maintenant une intensité de service adéquate a été réduite.

En déficience auditive et en déficience du langage, les taux d'atteinte sont respectivement de 99 % et de 98 %. De plus, les résultats sont en progression comparativement à l'année 2005-2006.

La difficulté de recrutement, de rétention et de remplacement demeure un défi majeur étant donné les types de professionnels requis en services spécialisés auprès de la clientèle ayant une déficience physique.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007 révisée le 20 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.5 PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Les réalisations régionales 2006-2007 rejoignent les préoccupations ministérielles soient le développement et la consolidation des services de première ligne (en CSSS) et l'accroissement de l'offre de service spécialisés au CSDI.

En effet, l'expérimentation de la Trajectoire de service pour l'évaluation diagnostic des jeunes TED de moins de 6 ans a stimulé le partenariat et la complémentarité entre les CSSS et le CSDI *en plus de* favoriser un accès plus rapide à l'ensemble des services disponibles pour ces enfants et leur famille. Enfin, des travaux ont été menés pour adapter cette trajectoire de services pour les enfants TED de 6 – 17 ans.

La démarche visant à présenter la candidature du CSDI au titre d'institut universitaire a largement progressée, l'établissement est à compléter ses travaux à cet égard.

Soutien à domicile aux personnes

Les résultats régionaux de l'année 2006-2007 pour le soutien à domicile aux personnes présentant des troubles en déficience intellectuelle (DI) et présentant des troubles envahissants du développement (TED) indiquent, en comparaison à 2005-2006, une augmentation tant au niveau de la pénétration que de l'intensité. En effet, le nombre de personnes desservies en soutien à domicile est passé de 258 à 336 personnes en DI et de 34 à 38 personnes en TED. Le nombre moyen d'interventions effectuées a progressé en DI passant de 12,1 à 16,4 interventions mais marque une légère diminution de 4,8 à 4,3 interventions en TED. Il est à noter que ces résultats ne tiennent pas compte des usagers rejoints par les intervenants dédiés à la clientèle DI et TED en CSSS, de ce fait, nos résultats atteindraient 838 usagers DI et 143 usagers TED. La cible 2010 est dépassée concernant le nombre d'interventions en DI.

Soutien à domicile aux familles

Le soutien à domicile aux familles dans les secteurs de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement concerne le répit, le dépannage, le gardiennage et le soutien aux rôles parentaux. Ce soutien est rendu accessible par une allocation financière. La région a atteint une performance supérieure aux cibles 2010 en rejoignant 579 familles en DI et 242 familles en TED.

Services spécialisés

Les résultats régionaux précisent que les cibles 2010 sont atteintes ou en bonne voie de réalisation, exception faite, pour l'intensité de *l'intervention comportementale intensive* (ICI). Tous les enfants se font offrir 20 heures semaine du programme ICI mais certaines contraintes influencent la consommation réelle comme la maladie, les vacances familiales, les sorties avec le CPE et la formation nationale des intervenants.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	258	350	336
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	12,1	12,5	16,4

Commentaires

Plusieurs personnes ayant une déficience intellectuelle ont la capacité de se rendre à l'établissement afin de recevoir leurs services. Ils peuvent aussi recevoir plusieurs interventions du personnel des CSSS dans d'autres milieux de vie que sont les écoles, les services de garde, Centre de la petite enfance ou au travail. Les données présentées ne tiennent pas compte de ces usagers ni de ces interventions. Seules les personnes recevant des services à domicile directement donnés par le personnel du CSSS sont compilées.

Les services offerts par des psychoéducateurs en CSSS ne sont pas comptabilisés non plus dans ces indicateurs même si les interventions ont eu lieu au domicile de l'usager. Ainsi, les résultats mesurés sous-estiment la réalité des personnes rejointes. En tenant compte du travail à domicile des psychoéducateurs (centre d'activités 7101) en 2006-2007, 838 personnes ont été desservies à domicile par le personnel des CSSS.

Bien que le résultat sur l'intensité de service dépasse la cible 2006-2007, à l'instar des programmes-services *Personnes âgées en perte d'autonomie* et *Déficience physique,* les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que les interventions réalisées par le personnel des CSSS. Sont exclus les services d'aide à domicile qui revêtent d'autres formes, tels les services d'aide domestique dispensés par les entreprises d'économie sociale ou à l'aide du chèque emploi-service. Le fait d'exclure cette production d'autres modes de prestation de services entraîne une sous-estimation de l'intensité réelle des services offerts à domicile aux personnes de notre région. Basée sur une estimation conservatrice intégrant l'ensemble des modes de prestation de services, une personne avec une déficience intellectuelle en Mauricie et au Centre-du-Québec a reçu en moyenne 64 interventions durant l'année 2006-2007.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	622	640	579

Commentaires

Deux CSSS de la région ont procédé à une réévaluation des dossiers de ce programme. Un CSSS a transféré les usagers présentant une double problématique en déficience physique et intellectuelle selon la majeure soit au programme *Déficience physique*.

Le résultat 2006-2007 demeure largement supérieur à la cible à atteindre en 2010 de 480 familles. Une estimation réalisée régionalement chiffre à 16 587 le nombre d'interventions aux aidants, interventions offertes sous forme de répit-dépannage, de présence-surveillance ou de soutien au rôle parental.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	34	69	38
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	4,8	4,2	4,3

Commentaires

Plusieurs personnes ayant un trouble envahissant du développement ont la capacité de se rendre à l'établissement afin de recevoir leurs services. Ils peuvent aussi recevoir plusieurs interventions des CSSS dans d'autres milieux de vie que sont les écoles, les services de garde, Centre de la petite enfance ou au travail. Les données présentées ne tiennent pas compte de ces usagers ni de ces interventions. Seules les personnes recevant des services à domicile directement donnés par le personnel du CSSS sont compilées.

Les services offerts par des psychoéducateurs en CSSS ne sont pas comptabilisés non plus dans ces indicateurs même si les interventions ont eu lieu au domicile de l'usager. Ainsi, les résultats mesurés sous-estiment la réalité des personnes rejointes. En tenant compte du travail à domicile des psychoéducateurs (centre d'activités 7101) en 2006-2007, 143 personnes avec un trouble envahissant du développement ont été desservies à domicile par le personnel des CSSS.

Bien que le résultat sur l'intensité de service dépasse la cible 2006-2007, à l'instar des programmes-services *Personnes âgées en perte d'autonomie* et *Déficience physique,* les indicateurs utilisés dans le cadre des services de soutien à domicile ne mesurent que les interventions réalisées par le personnel des CSSS. Sont exclus les services d'aide à domicile qui revêtent d'autres formes, tels les services d'aide domestique dispensés par les entreprises d'économie sociale ou à l'aide du chèque emploi-service. Le fait d'exclure cette production d'autres modes de prestation de services entraîne une sous-estimation de l'intensité réelle des services offerts à domicile aux personnes de notre région. Basée sur une estimation conservatrice intégrant l'ensemble des modes de prestation de services, une personne avec une déficience intellectuelle en Mauricie et au Centre-du-Québec a reçu en moyenne 27 interventions durant l'année 2006-2007.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	196	201	242

Commentaires

Le résultat 2006-2007 demeure largement supérieur à la cible à atteindre en 2010 de 139 familles. Une estimation réalisée régionalement chiffre à 5 193 le nombre d'interventions aux aidants, interventions offertes sous forme de répit-dépannage, de présence-surveillance ou de soutien au rôle parental.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	44	44	49
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	12,7	20,0	12,4

Commentaires

Le nombre d'enfants rejoints avec un trouble envahissant du développement et recevant des services d'intervention comportementale intensive de type ABA est plus élevé que le résultat attendu pour l'année 2006-2007. Aucun enfant avec un tel diagnostic n'est en attente de ce type de service en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les résultats régionaux dépassent aussi la cible à atteindre pour l'année 2010.

Par ailleurs, la consommation réelle des services telle que mesurée s'avère difficile à augmenter pour atteindre 20 heures de service par semaine par enfant. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'écart entre l'offre de services de 20 heures semaine faite à chaque enfant et le nombre moyen d'heures utilisées :

- Contraintes reliées à l'enfant ou à ses parents : Disponibilité de l'enfant et/ou des parents (ex. vacances, maladie, sortie de l'enfant avec son Centre de la petite enfance, sieste, maternelle à 4 ans).
- Contraintes reliées au type d'intervention et de clientèle dont le maintien ou le développement de l'expertise des intervenants, l'intégration progressive d'heures de services pour l'enfant en début de programme (ex. un enfant de 2 ans débute avec 4 heures d'intervention) et la nécessité d'une constance de l'intervenant auprès de l'enfant (ex. courtes absences d'intervenants non remplacées).

Enfin, parmi l'ensemble des enfants de moins de 6 ans bénéficiant de ce service spécialisé, le nombre des plus jeunes (2 ou 3 ans) augmente au fil des années. Compte tenu des contraintes reliées à la disponibilité des enfants, ces plus jeunes ne peuvent consommer 20 heures par semaine d'intervention comportementale intensive. Cette modification du profil d'âge de la clientèle se répercute sur la consommation moyenne enregistrée en 2006-2007.

Il est aussi à souligner que certaines heures services ne sont pas compilées dans ces résultats soient les interventions de soutien à la famille et aux proches, l'orthophonie et l'ergothérapie.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.9 Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	184	205	204
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	47	50	49

Commentaires	
Les engagements régionaux sont considérés comme atteints à deux usagers près. Le Centre de services en déficience intellectuelle ne mentionne aucune personne avec un trouble envahissant du développement en attente de service dans ces groupes d'âge.	
Nom : Christine Ross	**Date** : 18 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.6 PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

Le programme *Faire la courte échelle* qui vise l'intégration de services pour les familles présentant une problématique de négligence se poursuit dans les huit CSSS de la région. Les activités qui y sont réalisées sont de l'ordre de la prévention, de l'évaluation, du traitement, du soutien aux intervenants et au partenariat.

Le projet expérimental *Ensemble pour les enfants* qui est implanté dans un quartier défavorisé de la région de Shawinigan est prolongé d'une année. L'année 2007-2008 permettra d'aller encore plus loin dans le traitement de problèmes psychosociaux chez des familles en grandes difficultés et ce, particulièrement en relation avec la protection de la jeunesse et le réseautage intersectoriel.

Suite au mandat du comité régional sur les services jeunesse intégrés, des travaux portant sur la problématique des troubles graves du comportement pour les adolescents (12-18) ont été menés depuis le mois de septembre 2006. Ceci a permis l'élaboration d'une trajectoire de services intégrés pouvant outiller les CSSS de la région à répondre aux besoins de ces jeunes et de leur famille.

La cible 2010 du ministère concernant l'amélioration de l'accessibilité et de l'intensité des services dans les territoires, qui vise à rejoindre 7,5 % de la population des jeunes (0-17 ans) de la région est nettement atteinte avec un résultat de 9,9 %. Concernant l'intensité des interventions, la cible 2010 qui est de 7 interventions par jeune, semble en voie d'être atteinte, puisque la moyenne régionale des interventions pour 2006-2007 est de 6.

En lien avec le plan d'action régional sur le déficit de l'attention/hyperactivité, intitulé *Concentrons nos énergies*, des formations auprès d'intervenants oeuvrant auprès des adolescents et des adultes ont été dispensées. Ces formations portaient sur la connaissance de

la problématique, l'évaluation et finalement sur l'intervention. Ces 14 séances de formation ont regroupé 231 professionnels du réseau de la santé et 123 du réseau de l'éducation.

Dans le cadre des travaux sur l'implantation de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse et sous la responsabilité de l'Agence, un comité a été institué afin de planifier et d'organiser des sessions de formation et de sensibilisation sur les modifications de la loi. Celles-ci d'une durée de deux jours, ont regroupé 48 participants du Centre jeunesse ainsi que 21 participants des CSSS et des établissements à vocation régionale.

Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec est à déployer des activités dans le cadre du programme de *Qualification des jeunes*. Ce programme conçu pour soutenir le passage à la vie autonome des jeunes suivi au Centre jeunesse, permettra à 20 jeunes qui ont connu de longs placements et qui ne peuvent bénéficier à leur majorité de support, d'être accompagnés de façon intensive, pendant trois ans, soit jusqu'à leur 19 ans. Ce programme les encadre dans leur démarche d'autonomie, tout en supportant leur intégration au marché du travail ou dans une formation académique qualifiante, en plus de contribuer à la mise en place d'un réseau de soutien autour d'eux.

Le Centre jeunesse se préoccupe constamment d'atteindre les cibles fixées pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle qui présente des difficultés. Cependant, il est confronté à une augmentation des signalements retenus passant de 2 641 au 31 mars 2006 à 2 844 au 31 mars 2007. Pour l'année 2006-2007, le pourcentage de signalements est nettement supérieur à la moyenne provinciale. En effet, on dénombre dans notre région 31,28 signalements retenus par 1 000 jeunes comparativement à 20,92 pour l'ensemble du Québec. Ces situations engendrent des pressions sur les services.

La santé mentale chez les jeunes a fait l'objet de plusieurs travaux. Le document *Orientations et stratégies régionales relatives aux services en santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches* a été déposé par l'Agence au mois de juin 2006. Il repose sur ce que préconise le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ceci a donné lieu à un investissement 700 000 $ pour les services jeunesses dans la région. La mise en place de la trajectoire de services intégrés pour les jeunes vivant des problèmes de santé mentale est maintenant amorcée dans chaque territoire de CSSS. Les effets de cette trajectoire se feront sûrement sentir, en terme d'augmentation du nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux rejoints par les services, au cours de l'année 2007-2008.

Afin d'être en mesure de répondre adéquatement aux besoins des jeunes suivis au Centre jeunesse et qui présentent un problème de santé mentale, l'Agence a mandaté l'établissement pour concevoir un plan d'action permettant d'accroître l'accessibilité aux services de santé mentale pour les jeunes hébergés en centre de réadaptation.

Au 31 mars 2007, le nombre de jeunes de moins de 18 ans sur une liste d'attente en pédopsychiatrie est nettement inférieur que celui du 31 mars 2006. En effet, ce nombre est passé de 163 à 96. Il est important de souligner que les CSSS qui ont implanté la trajectoire de services de première ligne se retrouvent sans liste d'attente. On peut donc conclure que la mise en place de ce mécanisme influence la dispensation des services en pédopsychiatrie. La région demeure toutefois fragilisée en raison de la pénurie d'effectifs médicaux en pédopsychiatrie. La capacité d'accueil demeure encore insuffisante dans plusieurs territoires.

Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec a reçu en février 2006 la visite d'une équipe ministérielle afin d'apprécier la qualité des services dans son établissement. Cette visite s'inscrit dans une perspective d'amélioration des services dispensés à toute personne vulnérable, inscrite ou admise dans un établissement et vivant dans un milieu de vie substitut. Lors de ces visites plusieurs groupes ont été interpellés soit la direction générale, les cadres intermédiaires, les intervenants, les parents, les jeunes et le comité des usagers. Suite à cette visite, le comité ministériel déposait un rapport et émettait des recommandations qui vont se traduire par un plan d'amélioration. L'Agence accompagnera le Centre jeunesse dans la mise en place de ces recommandations.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	9 013	9 013 (9,91 %)	9 295
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,7	6,3	6,1

Commentaires

Les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont rejoint plus de jeunes en difficultés et leur famille que le nombre attendu en 2006-2007. Bien que l'intensité de services ait tout de même été augmentée, cet ajout important de clientèle n'a pas permis de se rendre à la hauteur désirée.

Il est à souligner que plusieurs activités de groupes réalisées auprès de cette clientèle sont exclues du calcul des résultats.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	11,5 jours	12,0	7,7 jours
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	27,1 jours	30,0	20,1 jours
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	Nouvel indicateur	14	16,5 jours
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse pour 1 000	Nouvel indicateur	8,5	8,6

Commentaires

Le Centre Jeunesse de la Mauricie et le Centre-du-Québec enregistre une performance importante sur les délais d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures en Protection de la jeunesse traduisant les efforts de l'établissement dans ce secteur d'activités. Cette amélioration est d'autant plus remarquable que le nombre de signalements retenus par 1 000 jeunes est plus élevé que la moyenne provinciale soit 31,3 signalements comparativement à 20,9.

Le Centre Jeunesse ne permettait l'intervention qu'au délégué lui-même, c'est-à-dire l'intervenant dédié à la prise en charge du jeune dans le cadre de la Loi du système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Cette pratique impliquait un certain délai associé à la disponibilité de ce délégué. En 2007-2008, ce délai diminuera en considérant que la première intervention auprès d'un jeune pourra se faire dans un premier temps par un autre intervenant du centre jeunesse.

Le taux de nouveaux placements calculés mesure la proportion de nouveaux jeunes qui bénéficient, durant l'année, des services d'hébergement ou placement en Centre Jeunesse. L'équilibre entre l'atteinte de cette cible et le besoin de placement d'un jeune dont la situation le requiert comporte un risque quant à sa faisabilité. Bien que les décisions de retrait du milieu familial soient rigoureusement encadrées par le Centre Jeunesse, les résultats dépassent légèrement la cible fixée et ce, malgré une amélioration depuis 2005-2006. Deux éléments sont importants à souligner :

- La Mauricie et le Centre-du-Québec enregistre un taux de placement institutionnel très bas. En effet, 26,2 % des jeunes dont le signalement est retenu bénéficient des services de placement comparativement à 39,2 % pour l'ensemble du Québec. Rappelons que le taux de signalements retenus est plus élevé en Mauricie et au Centre-du-Québec.
- Le taux de nouveaux placements est de 22,8 pour 1000 jeunes autochtones vivant sur les réserves de la région contribuant à une augmentation du taux global enregistré en 2006-2007.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.7 PROGRAMME DÉPENDANCES

En 2006-2007, l'Agence a poursuivi ses objectifs afin d'assurer la mise en place d'une offre de service harmonisée aux personnes aux prises avec des dépendances liées à l'alcool, aux drogues ainsi qu'aux jeux de hasard et d'argent.

Au niveau des services de première ligne, l'Agence a amorcé des travaux visant à établir le portrait de l'offre actuelle en matière de dépendances dans les CSSS et a collaboré à la formation des intervenants des CSSS en vue du déploiement du programme de consommation contrôlée *Alcochoix Plus*.

En ce qui concerne les services spécialisés, l'Agence a assuré un suivi au regard des ententes de gestion particulièrement en ce qui a trait aux jeunes et aux joueurs pathologiques. Ainsi, en 2006-2007, 355 jeunes ont été évalués via le mécanisme d'accès aux services en toxicomanie jeunesse, ce qui situe la région au-delà des attentes pour 2010. Pour ce qui est du jeu pathologique, 394 personnes ont reçu des services spécialisés au centre de réadaptation Domrémy.

L'Agence a, par ailleurs, apporté une contribution dans différents volets du dossier dépendances au cours de l'année. Un soutien financier est versé aux Tables de concertation en dépendances qui ont réalisé, cette année encore, de nombreuses activités de prévention s'adressant aux jeunes et moins jeunes de la région.

Dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche d'excellence, l'Agence a accompagné six organismes communautaires ou privés offrant de l'hébergement en vue de l'obtention d'une certification du ministère. À ce jour, deux de ces ressources ont été certifiées.

De plus, elle a coordonné un projet en partenariat avec la Société de développement économique de Drummondville et le centre Domrémy visant à sensibiliser les entreprises aux conséquences liées à l'abus d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent ainsi qu'à documenter les besoins des entreprises au regard du phénomène des dépendances. Plus de 300 entreprises manufacturières ont été visitées et ont reçu des outils regroupant des informations concernant l'abus, les conséquences qui y sont associées ainsi que des pistes d'actions pour y faire face en milieu de travail.

L'Agence assure également la coordination d'un projet pilote d'exclusion volontaire en lien avec les appareils de loterie vidéo se déroulant sur trois territoires de la région et participe à l'élaboration d'un projet en collaboration, notamment avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, visant à évaluer les besoins de la clientèle prestataire de l'aide financière de dernier recours afin de l'orienter vers les ressources appropriées.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – toxicomanies**

Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	335	316 (17,5 %)	355

Commentaires

En 2006-2007, Domrémy Mauricie et Centre-du-Québec a continué la formation en milieu scolaire afin d'améliorer le dépistage et la référence des jeunes vers ses services. Ces actions se traduisent dans le résultat 2006-2007, lequel dépasse largement la cible fixée pour l'année 2010 (253 jeunes ou 15 % de la population jeune).

Nom : Christine Ross	**Date** : 18 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Jeu pathologique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	370	385	394

Commentaires

Comme le prescrit la méthode de calcul utilisée provincialement, les résultats cumulent les joueurs pathologiques recevant des services externes et ceux admis en interne (hébergement). Domrémy de la Mauricie et du Centre-du-Québec rapporte que les joueurs admis en interne reçoivent préalablement des services à l'externe. Une personne admise en hébergement serait donc cumulée deux fois. Cette duplication est présente dans l'ensemble des données présentées (résultats des deux années et cibles 2006-2007) et ce, à l'instar du Québec.

Le résultat régional 2006-2007 indique les efforts constants de Domrémy de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour recruter la clientèle et ce, tant par les campagnes radiophoniques ou télévisuelles que par la sensibilisation des partenaires du réseau.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.8 PROGRAMME SANTÉ MENTALE

Dans le secteur de la santé mentale, l'année 2006-2007 a été principalement axée sur la consolidation des changements mis en œuvre dans le cadre des orientations en santé mentale et du déploiement du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens*. Dans ce contexte, le renforcement des services de première ligne jeunesse et adulte a fait l'objet d'efforts particuliers.

L'Agence, avec le support des CSSS de la région, a poursuivi l'impiantation du *service de soutien d'intensité variable* (SIV) dans la communauté. À cet effet, un cadre de référence régional a été produit au cours de l'année 2006-2007. Ce cadre de référence, qui fait l'objet d'un large consensus régional, vient baliser ce qu'est le SIV et soutenir les établissements dans le déploiement de ce type de service. Un programme de formation est d'ailleurs en cours d'élaboration et devrait être réalisé en 2007-2008.

Pour 2006-2007, l'Agence avait fixé à 248 le nombre moyen de personnes à suivre par période. Si les résultats de 228 personnes ne correspondent pas aux attentes escomptées, les efforts sont déployés pour l'atteinte de la cible. L'ensemble des établissements de la région endosse entièrement l'orientation visant à augmenter les services de première ligne, particulièrement la mise en œuvre du SIV dans tous les territoires de la région. L'absence de balises clairement définies et la méconnaissance de ce service et de l'approche *soutien d'intensité variable* dans la communauté expliquent en grande partie les résultats atteints.

La diffusion du cadre de référence régional, de même que la réalisation d'un programme de formation structuré, complet et intensif, devraient permettre d'augmenter de façon très significative l'implantation du SIV au cours des prochains mois. L'Agence prévoit aussi, dans la mesure de ses moyens, soutenir la consolidation des équipes dédiées à cette approche.

Une autre mesure du Plan d'action en santé mentale qui a fait l'objet d'une attention particulière a été la mesure du psychiatre répondant. En cours d'année, un document visant à préciser la nature et le rôle du psychiatre répondant a été produit par l'Agence et diffusé aux quatre chefs de départements de psychiatrie de la région. Une attente administrative a aussi été signifiée aux établissements concernés, afin qu'ils indiquent à l'Agence les étapes à franchir pour la mise en œuvre de cette mesure. Ces travaux ont dû être suspendus le temps que le MSSS négocie une entente avec les médecins spécialistes.

En ce qui touche le suicide, l'année 2006-2007 a permis à la région de se doter d'outils d'intervention adaptés aux réalités régionales. Ceux-ci permettront un meilleur arrimage et une plus grande continuité des services d'intervention dans ce domaine. Il s'agit de l'élaboration d'un outil standardisé d'évaluation du potentiel suicidaire et de la conception des trajectoires de services en suicide dans chaque territoire de CSSS de la région. Une formation a d'ailleurs été réalisée auprès de l'ensemble des intervenants désignés à l'automne 2006 sur l'outil d'évaluation.

Au cours de l'année, le programme de formation des médecins omnipraticiens en santé mentale a été complété alors que 45 médecins ont profité de 28 journées complètes de formation pour approfondir leurs connaissances dans le domaine de la santé mentale et développer leurs habiletés et compétences dans ce champ de pratique. Depuis le début de ce programme novateur, ce sont près de 90 médecins qui ont été formés, ce qui représente environ 20 % des effectifs. Une évaluation de l'impact et des retombées de ce programme sera effectuée l'an prochain par rapport à l'offre de service de première ligne en santé mentale, et ce, en lien avec les objectifs visés par le Plan d'action en santé mentale.

Soulignons de plus que l'Agence a poursuivi l'implantation de mécanismes de coordination régionaux tels que la Table en psychiatrie, la Table des directeurs en santé mentale et tenu des rencontres avec le regroupement des organismes en santé mentale.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	313	732	543
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	2 693	3 245	3 381

Commentaires

Note : Les résultats 2005-2006 ne sont pas comparables aux cibles et aux résultats 2006-2007. Avec la modification aux indicateurs en 2006-2007, des résultats comparables seraient respectivement de 398 et de 3 074

Malgré une augmentation importante en 2006-2007, la cible n'a pu être atteinte chez les jeunes de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux et les efforts seront maintenus. Deux facteurs principaux expliquent cette réalité :

- L'implantation de la trajectoire des services en santé mentale n'a pas été complétée sur l'ensemble des territoires;

La difficulté à établir un diagnostic de troubles mentaux chez les jeunes au niveau clinique et par le manque d'effectifs médicaux spécialisés en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouvel indicateur	81	96
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouvel indicateur	300	365

Commentaires

La Mauricie et le Centre-du-Québec manque d'effectifs médicaux en pédopsychiatrie et en psychiatrie. La capacité d'accueil demeure ainsi insuffisante dans plusieurs territoires.

Bien que plusieurs actions aient été entreprises et mises en place pour pallier cette pénurie, ce secteur d'activités demeure fragilisé. À titre d'exemple, la radiation temporaire d'un psychiatre a créé une augmentation d'une centaine de personnes sur les listes d'attente du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

La finalisation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale, ainsi qu'une entente de services avec un établissement hors région, et enfin, l'arrivée probable de nouveaux médecins et d'un pédopsychiatre devrait permettre de redresser l'attente de services à la hauteur désirée en 2007-2008 en réduisant le nombre de personnes en attente de services d'évaluation et de traitement.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	161	248	231
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	315	332	305

Commentaires

Note : Une modification à l'indicateur 1.8.5 rend impossible la comparaison du résultat 2005-2006 aux cibles et aux résultats 2006-2007. La donnée comparable serait 222 pour l'année 2005-2006.

Bien que 754 personnes aient été desservies en soutien d'intensité variable dans la communauté en 2006-2007 et 445 personnes en suivi intensif, la capacité moyenne des CSSS à desservir la clientèle n'a pas atteint la hauteur désirée.

Les services de soutien d'intensité variable sont encore en définition au niveau provincial, posant un défi important à l'implantation de cette nouvelle approche. En Mauricie et au Centre-du-Québec, un cadre de référence régional permettant de définir l'organisation de ces services a été diffusé en mai 2007. De plus, un programme régional de formation est actuellement en développement et sera réalisé au cours de l'année 2007-2008. La diffusion du cadre de référence et la réalisation du programme de formation permettront d'améliorer l'offre de service en soutien d'intensité variable dans la communauté.

Enfin, l'intensification des services de première ligne en soutien d'intensité variable entraîne une diminution de clientèles en services de deuxième ligne. Cette diminution du nombre de place en services de suivi intensif est donc temporaire.

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.9 PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

3.9.1 Les services d'urgence

En lien avec les objectifs d'amélioration visés par le centre de coordination nationale des urgences (CCNU), nous suivons et analysons depuis plusieurs années, de façon quotidienne, l'achalandage des huit salles d'urgence dont cinq au sein d'établissements qui ont une mission hospitalière complète.

Pour la région, l'impact du vieillissement de la population et l'accès très difficile à un médecin traitant ont des conséquences directes sur l'achalandage dans les services d'urgence. Le nombre de patients couchés sur civière était de 60 434 pour l'année 2003-2004 et de 66 850 en 2006-2007, ce qui représente une augmentation de 10,6 %. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus durant la même période, l'augmentation est de 14,6 %, et pour les patients de santé mentale, elle est de 27,3 %. Pour l'ensemble des patients arrivés par ambulance et couchés sur civière, l'augmentation est de 12,6 %.

Pour les patients présentant des problèmes de santé mentale, les résultats obtenus au 31 mars 2007 démontrent une baisse des séjours sur civière et dans les délais de 48 heures et plus. Cependant, pour l'ensemble des autres patients couchés sur civière, notamment les personnes âgées, l'ensemble des mêmes indicateurs de séjour et de délai se sont détériorés, et ce principalement au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). Même avec une gestion serrée des civières, des lits de courte durée et une série de mesures spécifiques afin de transférer très rapidement les patients âgés vers les ressources adéquates, le CHRTR demeure avec une séjour moyen global de 19,3 heures pour les patients couchés sur civière, et un taux pour les 48 heures et plus de 7,5 %. Pour les personnes âgées, le séjour moyen est de 24,9 heures et de 14,1 % pour les délais de 48 heures et plus.

Par conséquent, l'Agence et le CCNU ont tenu des rencontres avec le CHRTR et le CSSS de Trois-Rivières pour trouver d'autres solutions aux problèmes persistants de congestion de l'urgence au CHRTR. Pour l'Agence, l'urgence du CHRTR continuera de faire l'objet d'un suivi intensif de son occupation et de mesures à mettre en place pour le désengorgement de son urgence. De plus, l'Agence, en collaboration avec le CCNU, portera une attention particulière sur les unités de soins de débordement afin que les patients hospitalisés dans de telles unités temporaires aient leur épisode de soins dans des conditions d'hospitalisation adéquates.

Ainsi l'ensemble des urgences hospitalières de la région respecte la plupart des cibles demandées, sauf le CHRTR dont la non atteinte de ses cibles locales a un effet direct sur le portrait régional en matière de suivi des urgences. Plusieurs éléments peuvent expliquer la difficulté du CHRTR à maintenir ses services d'urgence dans les durées de réponses et des délais ciblés. Le CHRTR, à titre d'urgence régionale, ne détourne plus les ambulances, sauf exceptionnellement pour de très courte durée et cette demande provient du directeur général de l'établissement. Le CHRTR est le centre régional sujet à gérer une occupation des lits très élevée dans un environnement parfois imprévisible de maladies nosocomiales. De plus, tel que demandé par l'Agence, le CHRTR a augmenté considérablement le nombre de chirurgies avec hospitalisation et reçoit plus de transferts de patients en provenance de la région afin de consolider sa mission régionale et augmenter la rétention de la population à desservir.

Finalement, un facteur important pour le grand bassin populationnel du CHRTR, soit le manque de médecins de famille explique le fait que, souvent, les patients se retrouvent à la salle d'urgence compte tenu que le suivi et la prise en charge en soins médicaux de première ligne sont déficients.

Afin d'assurer que tous les intervenants du grand territoire de Trois-Rivières demeurent centrés sur l'atteinte des cibles de séjour et de délai pour les patients séjournant sur les civières, l'Agence, en collaboration avec le CCNU, le CHRTR et le CSSS de Trois-Rivières, intensifiera les mesures suivantes :

- Poursuivre la mise en réseau et le partenariat concernant la fluidité de l'accès à l'hébergement, notamment pour les personnes âgées en attente de lits de courte durée.
- Travailler, de concert avec les médecins de la Table médicale territoriale de Trois-Rivières (TMT), afin d'améliorer l'accès aux soins médicaux dans le territoire.
- Poursuivre les actions au CHRTR, afin de raffiner sa gestion interne de l'urgence et sa gestion des lits pour améliorer la performance à l'urgence et diminuer la durée de séjour dans les lits de soins aigus en médecine.
- Mettre en priorité l'ajout d'équipes d'infirmiers en infectiologie et d'autres ressources sanitaires afin de contrer la contagion des maladies nosocomiales.
- Regrouper sous un même toit les ressources ambulatoires et la mise en œuvre des actions concertées pour les patients souffrant de problèmes de santé mentale.

Suivi des salles d'urgence Patients sur civière

	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	Écart 2006-07 / 2003-04
Nombre total de patients	60434	61117	63423	66850	10,6%
Patients sur civière > 75 ans	14780	14993	15201	16943	14,6%
Patients en santé mentale	5020	5499	6564	6390	27,3%
Patients arrivés en ambulance	27964	27659	28665	31473	12,5%
Nombre total de patients hospitalisés	23432	23440	23613	24933	6,4%
Patients hospitalisés > 75 ans	8230	8309	8299	9013	9,5%
Patients hospitalisés en santé mentale	1648	1836	2289	2452	48,8%
Total de patients sur civière de 48 heures +	2026	2184	1663	2489	22,9%
Patients sur civière > 75 ans de 48 heures +	777	912	684	1217	56,6%
Patients en santé mentale de 48 heures +	299	292	355	237	-20,7%

Indicateurs régionales	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	Cibles régionales
Durée moy. en heure globale	13,7	14,4	14,1	14,7	13,5
Durée moy. en heure > 75 ans	16,5	17,7	17,3	18,8	14,4
Durée moy. en heure santé mentale	17,9	18,8	18,6	16,7	17,4
séjour moy. en heure (48 heures +)	61,4	61,6	61,4	59,5	
séjour moy. en heure (48 heures +) 75 ans	59,4	60,3	59,7	59,5	
séjour moy. en heure (48 heures +) Santé mentale	70,8	71,0	71,8	63,8	
% de 48 heures	3,4%	3,6%	2,6%	3,7%	2,0%
% de 48 heures 75 ans +	5,3%	6,1%	4,5%	7,2%	3,5%
% de 48 heures santé mentale	6,0%	5,3%	5,4%	3,7%	4,7%

Indicateurs du Québec	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
Durée moy. en heure globale	16,5	15,9	15,4	16,3
Durée moy. en heure > 75 ans	22,7	21,6	20,6	22,4
Durée moy. en heure santé mentale	22,6	21,1	20,2	19,8
séjour moy. en heure (48 heures +)	72,5	71,0	70,7	68,5
séjour moy. en heure (48 heures +) 75 ans	70,6	69,3	69,3	67,6
séjour moy. en heure (48 heures +) Santé mentale	96,8	93,9	90,6	83,9
% de 48 heures	6,8%	5,8%	4,9%	6,0%
% de 48 heures 75 ans +	12,2%	10,4%	8,9%	11,2%
% de 48 heures santé mentale	10,7%	9,4%	8,5%	8,2%

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	Nouvel indicateur	17,4 heures	16,7 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	Nouvel indicateur	4,7 %	3,7 %

Commentaires

Les efforts constants et un suivi rigoureux de l'Agence et des établissements ont permis d'atteindre des résultats notoires en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Ces efforts, ainsi que l'amélioration des services de première ligne en santé mentale, ont permis de résorber la durée moyenne de séjour de deux heures. Les séjours excessifs sur civière à l'urgence sont passés de 5,4 % à 3,7 %.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence – santé physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.1 Séjour moyen sur civière	14,1 heures	13,2 heures	14,7 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	17,3 heures	14,4 heures	18,8 heures
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,6 %	2,0 %	3,7 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,5 %	3,5 %	7,2 %

Commentaires

Malgré des efforts importants et un suivi rigoureux exercé quotidiennement par les établissements, les cibles n'ont pu être atteintes en 2006-2007. Cette détérioration dans plusieurs établissements soulève une nouvelle fois l'embûche à l'amélioration de la performance des services d'urgence que constitue la pénurie d'effectifs médicaux en Mauricie et au Centre-du-Québec. En effet, malgré une amélioration, le taux d'atteinte du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique demeure l'un des plus bas au Québec (79 % comparativement à 91 % pour l'ensemble du Québec). Le taux d'atteinte des besoins en cabinet privé n'est que de 51 % en Mauricie et au Centre-du-Québec.

En conséquence, la région connaît des difficultés importantes au niveau de l'accès aux consultations médicales sans rendez-vous, à celui de la prise en charge et du suivi de la clientèle en hébergement de longue durée (CHSLD), à celui du suivi des personnes vulnérables par un médecin de famille ou à celui de la participation de médecins omnipraticiens aux équipes de services de première ligne.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.9.2 Accessibilité à la chirurgie élective

L'année 2006-2007 aura été marquée par l'adoption en décembre 2006 de la Loi sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés, en réponse à ce qui est convenu d'appeler l'arrêt Chaouli. Cette loi vise à améliorer l'accessibilité aux chirurgies électives notamment par l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès via un système d'information centralisé (SIMASS). La loi prévoit également la mise en place d'un mécanisme particulier pour trois types de chirurgies qui devront faire l'objet d'une garantie d'accès spécifique à l'intérieur de 6 mois soient les prothèses de la hanche, les prothèses du genou et la cataracte.

Pour être en mesure de respecter l'échéancier de mise en vigueur de la loi fixé au 1er juin 2007, la région 04 s'est conformée aux exigences ministérielles en réalisant des travaux d'envergure tout au long de l'année 2006-2007, notamment par :

- La nomination de responsables d'accès locaux et régional
- La participation aux discussions statutaires bihebdomadaires en phase préimplantation

- L'épuration des listes d'attente en chirurgie
- L'identification et le suivi systématique des patients qui seront couverts par la garantie d'accès

Bien que le défi majeur demeure l'élimination de l'attente excédant 6 mois pour les chirurgies couvertes par la garantie d'accès, des résultats encourageants sont observés depuis les 3 dernières années au regard des délais moyens pour obtenir une chirurgie de tout type, comme en fait foi le tableau suivant.

Évolution des délais moyens (mois) à la fin de chaque année

	2004 – 2005*	2005 – 2006	2006 – 2007	Écart sur 3 ans
Prothèse totale du genou	5,5	4,0	3,6	-34,9 %
Prothèse totale de la hanche	3,9	4,3	3,0	- 22,4 %
Autres chirurgies hospitalisées	3,9	3,4	2,0	- 48,6 %
Chirurgie de la cataracte	1,8	1,2	1,5	- 14,7 %
Autres chirurgies d'un jour	4,8	5,0	3,6	-25,1 %

* *Déménagement des activités cliniques du Pavillon St-Joseph au CHRTR (Pavillon Ste-Marie).*

Source : Gestred (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, MSSS)

Nous notons également une diminution importante depuis 3 ans du nombre total de patients en attente de même que ceux dont le délai d'attente excède 6 mois, et ce, pour tous les types de chirurgies.

Nombre de patients en attente au 31 mars de chaque année

	2004 – 2005	2005 – 2006	2006-2007	Écart sur 3 ans
Nombre total de patients				
Prothèse totale du genou	238	207	165	-31 %
Prothèse totale de la hanche	136	84	90	-34 %
Autres chirurgies hospitalisées	1 069	791	694	-35 %
Chirurgie de la cataracte	564	295	791	40 %
Autres chirurgies d'un jour	4 814	4 429	3 489	-28 %
Nombre de patients dont le délai est supérieur à 6 mois				
Prothèse totale du genou	109	54	34	-69 %
Prothèse totale de la hanche	37	24	15	-59 %
Autres chirurgies hospitalisées	282	174	55	-80 %
Chirurgie de la cataracte	38	3	14	-63 %
Autres chirurgies d'un jour	1 703	1 632	798	-53 %

Source : Gestred (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, MSSS).

3.9.3 Production chirurgicale

L'amélioration de l'accessibilité se traduit également par l'augmentation du volume d'activités ou de services rendus. Dans notre région, il s'est réalisé en 2006-2007 près de 32,000 interventions chirurgicales, selon la nomenclature définie par le système MED-ÉCHO. Contrairement aux années précédentes où l'Agence considérait l'ensemble des activités dans

l'évaluation de la performance, un nombre significatif de chirurgies additionnelles (environ 5 000 chirurgies d'un jour ou avec hospitalisation) est maintenant exclu des calculs aux fins de la reddition de compte, le MSSS considère qu'elles pourraient être faites en dehors des blocs opératoires (biopsies, chirurgies dentaires par exemple).

Malgré cela, nous enregistrons une augmentation du nombre total de chirurgies effectuées dans les blocs opératoires des établissements. De ce nombre, près de 65 % sont des interventions réalisées en chirurgie d'un jour, incluant les cataractes.

Nombre de chirurgies produites

	2004 – 2005*	2005 – 2006	2006-2007**	Écart sur 3 ans
Prothèse totale du genou	358	474	506	41 %
Prothèse totale de la hanche	315	370	320	2 %
Autres chirurgies hospitalisées	10 911	12 385	10 362	-5 %
Chirurgie de la cataracte	3 994	5 173	5 291	32 %
Autres chirurgies d'un jour	15 804	17 114	15 429	-2 %
Total	31 382	35 516	31 908	2 %

*** Données épurées selon la nomenclature du système Med-Écho (sauf pour le CHRTR).*

Source : Gestred (Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, MSSS).

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006 Source : OPERA - GESTRED***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007 Source : OPERA-GESTRED***
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	370	328	320
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	474	447	506
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	5 173	4 478	5 291
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	17 114	17 252	15 429
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	12 280	10 159	10 362
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	Nouvel indicateur	6	15
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	Nouvel indicateur	18	34
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	Nouvel indicateur	0	14

Commentaires

NOTE : Les résultats 2005-2006 ne sont pas comparables aux cibles s'appuyant sur les données MED-ÉCHO et aux résultats 2006-2007 s'appuyant sur des données GESTRED épurées par les établissements. Pour 2005-2006, des données comparables seraient respectivement 341 – 484 – 5 181 – 14 633 – 9 444.

Les cibles 2006-2007 tiennent compte de la production supplémentaire demandée aux établissements (Addenda aux ententes de gestion 2006-2007) de 5 arthroplasties de la hanche, 45 arthroplasties du genou, 200 chirurgies de la cataractes, 550 chirurgies d'un jour et de 400 chirurgies avec hospitalisation. De plus, lors de cette étape du processus, les cibles ont dû être modifiées en décembre 2006 pour tenir compte de la capacité de production d'un établissement réduisant les chirurgies d'un jour de 345 interventions et augmentant les chirurgies avec hospitalisation de 345.

Une correction apportée aux résultats 2006-2007 soustrait plus de 1 000 chirurgies d'un jour et plus de 1 300 chirurgies avec hospitalisation réalisées pendant l'année. Ces données ont été épurées par quatre établissements sur cinq et transmises comme telles dans GESTRED afin de réduire l'écart existant entre la production réelle de chirurgies aux blocs opératoires (source : OPERA) et celles extraites à partir de la banque de données MED-ÉCHO.

En 2006-2007, les cibles de production chirurgicale ont été atteintes pour les arthroplasties du genou, les chirurgies de la cataracte et les chirurgies avec hospitalisation. Les efforts supplémentaires demandés aux établissements n'ont pu être atteints dans les autres types de chirurgies. Certains facteurs expliquent cette situation dont la perte temporaire de deux anesthésistes dans un établissement, ainsi que l'incapacité de rendre accessible les chirurgies orthopédiques dans un autre établissement qui avait prévu relancer ce service à sa population.

Nom : Christine Ross	**Date** : 31 mai 2007 révisée le 20 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.9.4 Clinique sclérose en plaques

L'année 2006-2007 aura été significative dans la prise en charge de la clientèle de la région par le CHRTR, alors qu'elle avait recours jusque là à des services à l'extérieur de la région. Il faut noter que 785 usagers qui étaient inscrits soit, à l'Institut neurologique de Montréal soit, référés à Québec, ont été rapatriés à la clinique du CHRTR. Aussi, des efforts ont été consentis à l'amélioration de la rapidité du processus diagnostique en voyant les usagers le plus rapidement possible dès réception des résultats d'examens diagnostics qui sont obtenus avec diligence. La clinique du CHRTR favorise l'enseignement et le soutien notamment par une infirmière intervenant à domicile qui fait le suivi de l'enseignement et par des conférences données un peu partout dans la région par un neurologue et une infirmière. Enfin, soulignons le rayonnement de la clinique, la collaboration étroite avec la Société canadienne de la sclérose en plaques et l'augmentation de la disponibilité des neurologues à la clinique qui favorisent son rayonnement dans la communauté.

3.9.5 Lutte contre le diabète

Depuis 2004, l'Agence a conclu une entente avec la compagnie Glaxo Smith Kline, pour déployer un projet PRIISME diabète et en assure la gestion. Ce projet vise particulièrement les clientèles vulnérables atteintes de maladies chroniques, dans une optique de promotion de saines habitudes de vie et de responsabilisation « empowerment ». Il permet de mieux dépister, traiter et outiller les personnes atteintes de diabète et de prédiabète dans la région.

Les résultats atteints en 2006-2007 sont :

- Réalisation d'un outil d'enseignement pratique sur le diabète par des professionnels de la santé de la région provenant de diverses disciplines et établissements concernés par le continuum de service des personnes atteintes de prédiabète et de diabète.
- Mise en place d'un site Internet pour héberger cet outil comprenant neuf modules d'enseignement, une liste des ressources pour les personnes atteintes du diabète, le mode de distribution des modules et un plan d'enseignement.
- Diffusion de l'outil aux établissements de la santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec permettant d'harmoniser l'enseignement offert à cette clientèle, d'uniformiser l'information en fonction des lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète et d'améliorer la concertation entre les intervenants.
- Élaboration et diffusion d'outils d'enseignement dérivés dédiés aux médecins et autres intervenants pour faciliter leur enseignement.
- Interventions par Glaxo Smith Kline auprès des groupes de médecine familiale et des cliniques médicales pour sensibiliser les médecins et les infirmières à l'importance d'utiliser l'outil d'enseignement.
- Priorisation du dossier diabète par la Table des directeurs de santé physique de la région et identification de mesures permettant de s'assurer que l'outil soit utilisé par les professionnels de la santé de la région.

- Travaux réalisés par les CSSS de Trois-Rivières, de Bécancour–Nicolet-Yamaska, d'Arthabaska-et-de-l'Érable, de l'Énergie, de la Vallée-de-la-Batiscan, de Maskinongé et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour assurer une offre de service optimale aux personnes atteintes de prédiabète et de diabète (suivi systématique de la clientèle diabétique, hiérarchisation des services en diabète, amélioration de l'accès, la continuité et la qualité des services).

3.9.6 Programme régional de lutte contre le cancer

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières exerce un suivi rigoureux des patients en attente de traitement en radio-oncologie selon le délai établi, soit en dedans de 4 semaines.

La mise en place d'un réseau intégré de lutte contre le cancer permet de consolider les liens déjà existants de même que les effectifs, les actions et les investissements consacrés à cette lutte. En 2006-2007, les résultats atteints les plus marquants se résument comme suit :

- Mise à jour du *Guide de gestion de soi* par le comité régional.
- Poursuite de la mise en place d'un comité d'implantation et de coordination du PLC dans les territoires où une équipe d'oncologie est en place et voit à l'élaboration de plans d'action locaux pour lutter contre le cancer.
- Consultation sur la trajectoire de soins en oncologie.
- Travaux préparatoires au déploiement d'une deuxième cohorte d'infirmières pivots.
- Inauguration officielle de l'hôtellerie régionale pour le cancer.
- Développement du volet d'oncologie génétique desservant tout le territoire depuis le printemps dernier (collaboration avec le CHUM).
- Arrivée d'une nouvelle hémato-oncologue pour un total de 7 dans la région.
- Soutien clinique offert par l'infirmière clinicienne en oncologie et les membres de l'équipe interdisciplinaire en oncologie du CHRTR auprès des établissements de santé de la région 04.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Lutte contre le cancer**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.7 Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	0	0	2

Commentaires	
Les deux patients en attente ont été traités durant la première semaine d'avril 2007. Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières exerce un suivi très rigoureux des patients en attente de traitement en radio-oncologie.	
Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.9.7 Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence, est coordonné par le CHRTR et appuyé par la direction des services de santé et des affaires médicales et la direction de santé publique. La région vit, encore cette année, une grave pénurie de radiologistes et de technologues limitant l'accès aux services radiologiques et en conséquence aux mammographies de dépistage.

Si bien que les résultats prévus à l'entente de gestion n'ont pas été atteints. Au 31 décembre 2006, le taux de participation était à 57,1 %, une légère amélioration par rapport au 56,3 % de 2005-2006, mais insuffisante pour atteindre le 60 % attendu. Les taux de référence étaient de 14 % en dépistage initial et de 6,6 % en dépistages subséquents. Ces taux sont en hausse par rapport à 2005-2006 et sont encore au-dessus des objectifs visés. Rappelons que les taux québécois sont, pour la participation à 51,1 % et pour la référence initiale et subséquente, à 14,9 % et 7,4 %. Les variables influençant les taux de référence ne relevant pas des agences, les indicateurs concernant les taux de référence seront retirés des ententes de gestion 2007-2008.

indicateurs	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007 décembre 2006
Taux de participation	56,3 %	60 %	57,1 %
Taux de référence initial	13,3 %	13 %	14 %
Taux de référence subséquent	6 %	5,9 %	6,6 %

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Dépistage du cancer du sein**

Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	56,3 %	60,0 %	57,1 %
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
- initial	13,3 %	13,0 %	14,2 %
- subséquent	6,0 %	5,9 %	6,5 %

Commentaires

Bien qu'ayant encore augmenté en 2006-2007 et se situant au-dessus de celui du Québec (51 %), le taux de participation des femmes au programme de dépistage n'a pas atteint le niveau désiré. Plusieurs facteurs tendent à expliquer cet écart dont le premier réside dans le vieillissement de la population créant une augmentation annuelle importante du nombre de femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme. Un autre facteur est associé à la capacité de produire les examens de dépistage et donc, la disponibilité des radiologistes et des technologues dans la région. La Mauricie et le Centre-du-Québec enregistre toujours un manque à ce niveau ce qui se répercute sur cette capacité à atteindre le taux de participation visé.

Par ailleurs, un centre de dépistage désigné a repris ces activités dans le cadre du programme après une réaccréditation correspondant maintenant aux normes de qualité. Le taux de participation de la population de son territoire n'a pas encore rejoint celui des années antérieures.

Enfin, suite aux examens de dépistage, une référence peut être faite pour des examens d'investigation menant à une confirmation diagnostique. Ces informations et les suivis nécessaires sont maintenant pris en charge dans le cadre des comités d'assurance-qualité prévus dans les centres concernés. Afin d'alimenter leurs travaux, suite au consentement de radiologistes associés au PQDCS, leur taux de référence personnel leur a été acheminé par la Direction de Santé publique de l'Agence en septembre 2006 et ce, de façon confidentielle. Bien que les cibles n'aient pas été atteintes en 2006-2007, les résultats régionaux sont supérieurs à ceux enregistrés pour l'ensemble du Québec (initial : 15,1 % et subséquent : 7,2 %).

Nom : Christine Ross	**Date** : 28 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.9.8 Les délais d'attente

On note une réduction pour les délais en mammographie diagnostique. Les délais pour obtenir une mammographie de dépistage restent supérieurs aux normes fixées par le cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Encore en 2006-2007, un budget a été accordé à certains centres de dépistage désignés (CDD) en difficulté pour permettre une meilleure accessibilité, mais la demande reste supérieure à l'offre de service dans plusieurs centres de dépistage désignés – centre de référence et d'investigation diagnostique (CDD-CRID).

NOMBRE DE SEMAINES D'ATTENTE			
Au 3 mars 2007	**Mammographies de dépistage**	**Investigation suite à une mammmographie de dépistage**	**Mammographies diagnostiques**
CSSS de l'Énergie Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (Shawinigan) CDD-CRID	9 sem.	1 sem.	5 sem.
CSSS Drummond Hôpital Ste-Croix (Drummondville) CCD-CRID	20 sem.	2 jours	2 jours
Clinique radiologique des Bois-Francs (Victoriaville) CDD	6 sem.	N/A	3 sem.
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Hôtel-Dieu d'Arthabaska (Victoriaville) CRID	N/A	0 jour	2 sem.
CHRTR (Trois-Rivières) CDD-CRID	22 sem.	2 sem.	5 sem.
CSSS du Haut-Saint-Maurice (La Tuque) CDD	9 sem.	3 sem.	9 sem.

3.9.9 Programme de pneumologie

Au cours de l'année, l'Agence a consolidé le laboratoire de la fonction respiratoire en pneumologie générale et mis en place une clinique spécialisée au niveau des troubles du sommeil au CHRTR.

À cet égard, on a procédé au rehaussement du laboratoire de physiologie respiratoire et développé un laboratoire de polysomnographie.

On a aussi déployé des efforts pour l'investigation de nouveaux patients et le suivi de ceux qui présentent des problèmes où l'intervention du pneumologue est nécessaire.

3.9.10 Services d'insuffisance rénale

Au mois de novembre 2006, le conseil d'administration de l'Agence a donné son aval au plan de mise en œuvre des orientations régionales en néphrologie. Des travaux ont été conduits concernant la première orientation régionale soit *l'optimisation du modèle de déconcentration des services de dialyse* fondée sur la diversification des services. Une démarche est en cours pour l'implantation de la dialyse nocturne. L'hémodialyse hospitalière est accessible à 143

personnes de la région alors que 16 personnes reçoivent des services d'hémodialyse semi-autonome. Également on a pu assister à l'ouverture de la clinique d'insuffisance rénale avancée (CIRA) au CHRTR qui accueille 66 usagers. La clinique d'insuffisance rénale rejoint pour sa part 359 personnes.

Résultats atteints

En 2006-2007, les principaux résultats se résument ainsi :

- Adoption par le conseil d'administration de l'Agence du Plan de mise en œuvre des orientations régionales en néphrologie.
- Mise en place du Programme de néphrologie.
- Ouverture de la Clinique d'insuffisance rénale avancée (CIRA).
- Réorganisation du travail en hémodialyse.
- Soutien aux établissements (CSSS de l'Énergie, CSSS Drummond et CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable) pour la mise en place des cliniques d'insuffisance rénale de stade 1, 2 et 3.
- Démarche en cours pour la mise en place de la dialyse nocturne.

3.9.11 Soins palliatifs

Objectif : Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 358	1 416	1 466
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	18,0	15,8	18,6

Plusieurs actions des CSSS ont contribué à l'atteinte de la cible soit par la priorisation de cette clientèle vulnérable, la mise en place d'équipe dédiée aux soins palliatifs, la sensibilisation pour améliorer la référence médicale, l'implantation de lits dédiés aux soins palliatifs dans un territoire qui en était dépourvu et la formation du personnel.

Les autres modes de prestation de services comme les services des entreprises d'économie sociale et aide domestique sont exclus du calcul de l'intensité de services.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 359	1 416	1 466
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	18,0	15,8	18,5

Commentaires

Plusieurs actions des CSSS ont contribué à l'atteinte de la cible soit par la priorisation de cette clientèle vulnérable, par la mise en place d'équipe dédiée aux soins palliatifs, par la sensibilisation pour améliorer la référence médicale, par l'implantation de lits dédiés aux soins palliatifs dans un territoire qui en était dépourvu et par la formation du personnel.

Les autres modes de prestation de services à domicile comme les services des entreprises d'économie sociale et aide domestique sont exclus du calcul de l'intensité de services.

Nom : Christine Ross	**Date** : 22 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

3.10 PROGRAMME SOUTIEN

3.10.1 Gestion des ressources humaines

Dans le but d'améliorer l'offre de service à la population, le niveau de responsabilité de l'Agence en matière de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre médicale, cadre et salariée constitue la pierre angulaire de plusieurs défis associés aux actions prioritaires 2006-2007 de celle-ci. De fait, la fonction régionale consiste à s'assurer de la disponibilité d'un nombre suffisant de personnel qualifié pour répondre aux besoins des clientèles de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Lorsqu'il y a un écart significatif entre l'offre et la demande de nature à perturber la dispensation des services à la population, l'Agence se concerte avec les établissements pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies concrètes qui permettront d'en réduire les impacts sur les services.

Plusieurs stratégies et activités ont ainsi retenu l'attention de l'Agence cette année qu'il s'agisse de planification de la main-d'œuvre cadre et salariée, de promotion, de recrutement et de rétention de celle-ci, de coordination des stages en établissements ou de partenariat avec les milieux d'enseignements. Voici les principaux résultats :

- un Rendez-vous régional sur la planification de la main-d'œuvre a été tenu le 26 janvier 2007 à l'intention des directeurs des ressources humaines des établissements et des conseillers en ressources humaines. Cela a permis de cerner les priorités d'action pour l'année 2007-2008 et de former trois chantiers de travail sur la promotion des professions du réseau, les stages rémunérés et l'externat ainsi que la réalisation d'un vaste sondage sur les conditions d'exercice du travail. Des partenariats seront établis et formalisés avec les secteurs de l'emploi et de l'éducation.

- La participation à neuf carrefours d'emplois ou Salons ont permis aux établissements de la région d'obtenir le curriculum vitae de 129 candidats issus d'une vingtaine de disciplines du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que de sensibiliser 1 500 élèves du secondaire aux différents métiers et professions du réseau.

- La conception d'un document promotionnel en collaboration avec les établissements a visé à faire connaître la région, les établissements et leurs territoires de même que les besoins de main-d'œuvre. Deux cahiers spéciaux dans le Nouvelliste ont aussi conduit à faire connaître le réseau et ses offres d'emplois.

- L'Agence a également été très active dans la coordination des stages en établissements, alors que deux sondages ont été menés sur les *modes de fonctionnement* entre les établissements et les milieux d'enseignement et sur les *incitatifs monétaires* offerts par les universités québécoises pour l'encadrement et la supervision des stages en soins infirmiers.

- Une évaluation des plages potentielles de stages en radiodiagnostic, médecine nucléaire et radiothérapie dans les établissements de la région a été réalisée;

- Une activité de concertation entre les DRH et les DSI sur les solutions à envisager avec les milieux d'enseignement a été tenue pour assurer le développement d'une main-d'œuvre en soins infirmiers qualifiée en quantité suffisante afin de répondre aux besoins de la clientèle âgée en perte d'autonomie.

Enfin dans le but de favoriser l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre régionale et ainsi infléchir la pénurie imminente de professionnels dans notre secteur, l'Agence a conduit un certain nombre d'actions dont :

- Des lettres d'appui aux Cégeps de Victoriaville et de Drummondville pour l'obtention d'un programme de formation collégiale en techniques de soins préhospitaliers et pour explorer la faisabilité d'implanter un programme inter–collégial adapté avec les collèges de d'autres régions. Cela permettrait d'initier la formation générale en santé et services sociaux dans la région et compléter la portion non disponible du programme dans les Cégeps qui la dispense.

- Le soutien au Collège Ellis pour la recherche de milieux de stages en établissements des étudiants en inhalothérapie (septembre 2007) et la collaboration auprès de l'UQTR pour le projet d'implantation du programme d'ergothérapie dans la région.

- L'élaboration et l'utilisation d'un outil de reconnaissance des acquis des infirmières - auxiliaires et la planification de leur intégration progressive dans un nouvel environnement de travail en collaboration avec le Centre de services de déficience intellectuelle (CSDI), le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, et le Centre de formation professionnelle

Portrait régional au 31 mars 2007

Au 31 mars 2007, la région comptait 14 840 personnes occupant un emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux. De ce nombre, 528 personnes assument une fonction d'encadrement. En 2006-2007, le nombre de personnes occupant un emploi dans le réseau a connu une diminution de 3,8 %.

Afin de connaître les problématiques propres à chacune des régions relativement à la disponibilité de la main-d'œuvre, un état de situation est tenu à jour et discuté avec le MSSS sur le niveau de pénurie et de vulnérabilité des établissements. La définition de pénurie englobe la précarité de l'emploi, l'organisation du travail, le nombre de finissants disponible chaque année dans chaque titre d'emploi, en plus de comprendre l'indisponibilité immédiate.

Le tableau suivant indique le nombre de postes vacants au 31 mars 2007 ainsi que l'estimation sur trois ans du nombre de départs pour les catégories de main-d'œuvre susceptibles d'être en pénurie dans la région.

Tableau sur le niveau de pénurie et de vulnérabilité des établissements en matière de postes vacants et de départs estimés sur un horizon de trois ans

TITRES D'EMPLOI	NOMBRE DE POSTES VACANTS 31 MARS 2007		ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉPARTS		
	TC	TPR	2007-2008	2008-2009	2009-2010
	Pénurie		Vulnérabilité		
Infirmières	2	19	153	166	211
Infirmières auxiliaires		2	86	64	83
Préposés aux bénéficiaires			155	73	119
Auxiliaire familiale			23	7	7
Pharmaciens	2	2	1	1	1
Physiothérapeutes		1	4	0	2
Ergothérapeutes	3	1	1	1	2
Orthophonistes	4	2	0	0	1
Technicien en service diagnostique	1		10	6	9
Inhalothérapeutes			2	1	3
Biochimistes cliniques			2	0	0
Travailleurs sociaux (TS)	1		19	19	21
Agents de relations humaines (ARH)	9	1			
Techniciens en assistance sociale (TAS)	2	1			
Techniciens en éducation spécialisée	3		11	9	8
Technologues médicales			11	7	6
Psychologues	1	1	1	1	4
Thérapeutes en réadaptation physique			2	1	1
Autres			153	129	305
Total	**28**	**30**	**634**	**485**	**783**

Les stratégies régionales de main-d'oeuvre

Outre les stratégies régionales coordonnées par l'Agence et exposées plus haut sur la planification, le recrutement, les stages et le partenariat pour réduire l'impact des déséquilibres de main-d'œuvre, on retrouve aussi au cours de 2006-2007: les mesures de sécurité et stabilité d'emploi, la gestion de la présence au travail, le développement et le maintien des compétences, l'organisation du travail et l'application de la loi n° 90.

Dans le cadre des activités de la sécurité d'emploi, deux salariés étaient inscrits au service régional de la main-d'œuvre (SRMO) au 31 mars 2007, une salariée dans le secteur d'activité paratechnique et soins infirmiers et une autre aux services auxiliaires. En ce qui concerne les mesures de stabilité d'emploi, il n'y avait aucun cadre bénéficiant de mesures de replacement au 31 mars 2007.

Gestion de la présence au travail

La région termine l'année 2006-2007 avec un ratio (heures de l'assurance-salaire sur les heures travaillées) de 5,75 %, comparativement à la cible régionale de 5,28 %. Cette cible régionale convenu entre le ministère et l'Agence s'est avérée nettement surestimée. L'exercice 2007-2008 corrigera cette situation alors que la cible régionale tendra vers le ratio attendu, ratio tenant compte d'un ensemble de facteurs propres aux établissements tels que l'âge, le sexe, le statut et les secteurs d'emplois.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,44	5,28	5,87 (5,88)

Commentaires

Note : Le résultat 2006-2007 entre parenthèse constitue la donnée réelle au 31 mars 2007, celle-ci n'ayant été disponible qu'en juin seulement.

Alors qu'on avait estimé une baisse du ratio régional en 2006-2007, la réalité a été tout autrement et on a enregistré une hausse de 0,43 point soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année précédente. Au 31 mars 2007, cinq établissements publics avaient atteint leurs cibles tandis que 8 établissements publics étaient en difficultés dont trois avaient des dépassements importants.

Une tendance à la hausse de 3,2 % pour les nouveaux CSSS est constatée provincialement. Notre région n'y fait pas exception. Sur les huit CSSS de la région, cinq sont nouveaux et trois d'entre eux ont connu une augmentation importante de leur ratio d'assurance-salaire. De plus, un CSSS se retrouve en plus grande difficulté et ce, malgré plusieurs interventions et un soutien de l'Agence et de l'équipe Santé sécurité au travail du Ministère (MSSS-SST). Il s'agit d'un cas particulier. Enfin, un établissement public régional a participé à un diagnostic opérationnel réalisé par l'équipe du MSSS-SST et l'expérience s'est avérée très positive.

En 2006-2007, l'Agence a offert un soutien régional aux établissements sous différentes formes :

- En plus de procéder à un suivi rigoureux et périodique de l'évolution du ratio de l'assurance-salaire par établissement et régionalement, plusieurs interventions ont été faites en cours d'année auprès des établissements pour les soutenir dans l'actualisation de leur plan d'action et pour les soutenir dans la recherche de solution à certains problèmes.
- Afin de permettre l'utilisation optimale, ainsi que le transfert du logiciel *PRASAT*, six journées de formation ont été organisées par l'Agence. La migration de *PRASAT ACCÈS* à la nouvelle application *PRASAT WEB* a été soutenue financièrement par l'Agence pour la réalisation de 23 transferts.
- L'Agence finance deux projets de formation pour les gestionnaires en Santé Sécurité au Travail (SST). Étant donné la disponibilité des formateurs, les journées de formation auront lieu en juin et septembre 2007.
  - Gestion des invalidités à caractères psychiatriques et spécifiquement les troubles anxieux dépressifs;
  - Gestion des invalidités en regard des dépendances.

Les établissements de la région offrent une très belle collaboration pour alimenter la base de données nationale sur l'assurance-salaire.

Nom : Christine Ross	**Date** : 29 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Développement et maintien des compétences des ressources humaines réseau

Les principales activités de développement coordonnées et subventionnées par l'Agence ont été priorisées en concertation avec les responsables des établissements concernés :

- L'Agence a poursuivi son soutien financier aux établissements pour permettre la participation de candidats à la *relève des cadres intermédiaires* aux microprogrammes de 1er et 2e cycles en gestion et développement des organisations dispensés par l'Université Laval. Deux nouveaux groupes, un de 1er cycle et un de 2e cycle, ont débuté leur formation dans la dernière année. Ces groupes sont constitués au total de 58 professionnels candidats à la relève ou cadres intermédiaires de moins de deux ans d'expérience. Une première cérémonie de remise des attestations d'études a été

organisée conjointement par l'Agence et l'Université Laval. Quelque 76 finissants des cohortes d'octobre 2005 et de juin 2006 ont reçu une attestation d'études aux microprogrammes pour souligner leur réussite. Il a été convenu de donner suite aux microprogrammes de formation de la relève des cadres intermédiaires afin de permettre aux finissants des 3 premiers groupes d'obtenir un diplôme de fin d'études en complétant 12 crédits supplémentaires.

- Un *plan de prolongation de carrière du personnel d'encadrement* veut favoriser la rétention en emploi de cadres admissibles à la retraite afin que les cadres seniors puissent préparer la relève dans l'établissement. Trois projets présentés par la région ont été retenus par le MSSS.

- Des sessions de formation sur *l'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement* et en soins de longue durée ont été offertes aux gestionnaires et aux conseillers concernés en établissements : 75 personnes ont assisté à une session de deux jours de formation dispensés dans la région.

- Enfin, la révision continue et en profondeur des processus de travail représente une des pistes de solutions concrètes pour réduire l'impact de pénurie réelle ou anticipée sur la dispensation des services. Plusieurs projets majeurs d'organisation du travail considérés novateurs et exportables sont en cours de réalisation dans l'esprit des orientations régionales et ministérielles. Le tableau suivant résume les projets en cours sur l'organisation du travail et l'application de la loi n° 90.

Établissements	Nom du projet
Exercice 2006-2007	
CSSS Maskinongé	Création du réseau local de services et projet d'alignement contingent de l'organisation du travail
CHRTR	Projet clinique pour les clientèles atteintes d'insuffisance rénale et organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie
Tous les CSSS et le CHRTR	Projet sur les systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments – volet organisation du travail

Relations de travail

L'année 2006-2007 a demandé beaucoup d'efforts aux équipes des ressources humaines pour l'application des nouvelles conventions collectives, l'actualisation de la nouvelle nomenclature des titres d'emploi, l'application de loi n° 30 et l'actualisation de l'entente sur l'équité salariale. Les nouvelles conventions collectives sont entrées en vigueur le 14 mai 2006 pour la grande majorité des accréditations syndicales tandis que la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) convenait de nouvelles modalités d'application en novembre 2006. Les négociations locales avec ses 26 matières ont été les principaux enjeux de l'application de la loi n° 30 cette année, tous les établissements ont mobilisé leurs équipes dans le respect des échéanciers prescrits par la loi. L'entente sur l'équité salariale, entrée en vigueur le 18 février

2007 a représenté un autre défi de taille pour les établissements afin que le paiement de la rétroactivité, couvrant la période du 21 novembre 2001 au 17 février 2007, s'effectue le 30 mars 2007.

Mesures administratives spéciales

Afin d'assurer une disponibilité de la main-d'œuvre pour les services à la population, le ministère a autorisé trois mesures administratives spéciales.

- La première mesure en vigueur durant l'été 2006, visait les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes. Les établissements ont retenus trois mesures: la prime de nuit en double, la prime pour une 2e fin de semaine et la prime pour un quart de travail supplémentaire. La subvention du ministère était de 623 600 $ et la dépense réelle a été de 741 692 $ pour la région.

- La deuxième mesure visait les pharmaciens par l'allocation d'un forfait d'installation pour l'embauche d'un pharmacien à temps complet sur un poste régulier. Le but étant de stabiliser les effectifs en pharmacie et d'éviter une rupture de service. Un forfait d'installation a été autorisé et subventionné par le MSSS pour un budget total de 10 000 $.

- La troisième mesure avait comme objectif l'accès au service de radio-oncologie avec un délai d'attente maximal de 4 semaines. Il s'agissait d'une reconduction des mesures administratives similaires à l'année précédente. On se rappelle que chaque technologue était invité à donner une garantie pour effectuer 113,5 heures à temps supplémentaire en plus de la semaine régulière de travail de 35 heures. La dépense régionale pour la période d'avril à juin 2006 a totalisé la somme d'environ de 66 000 $ dont 50 % étaient assumés par le ministère.

3.10.2 Ressources informationnelles

En 2006-2007, conformément au Plan stratégique régional, l'Agence a réalisé, en collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux, sept chantiers majeurs, dont quatre projets d'optimisation et trois projets de déploiement. Voici quelques exemples qui illustrent les gains pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Premièrement, trois centres de santé et de services sociaux ne possédaient pas l'application *Système d'information des urgences* (SIURGE). Le déploiement dans ces trois établissements permet maintenant d'avoir une application centralisée régionalement qui génère des économies tout en offrant une solution plus robuste.

Deuxièmement, la mise à jour du *Système d'information sur la clientèle en centres d'hébergement et de soins de longue durée* (SICHELD) a permis l'intégration de cette application et des bases de données dans les serveurs régionaux. Le partage d'une seule infrastructure au Technocentre de l'Agence pour les établissements est plus économique, car les établissements n'ont pas eu à remplacer ou rehausser leurs serveurs.

Suite à un appel d'offres, la région s'est dotée en 2006-2007 du *Systeme de codification des actes médicaux* (MED-ECHO). Considérant que ce système est commun et hébergé au

Technocentre, les heures de soutien effectuées par les ressources humaines du réseau sont moindres et l'achat d'équipements est limité.

Au sujet des *infrastructures Notes*, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comptait 52 serveurs avant d'amorcer une démarche de réduction de ce nombre à 20, soit 32 serveurs de moins. Notons que 25 % de ce projet est réalisé et se terminera dans les mois à venir afin d'économiser plus de 100 000 $ annuellement.

La sécurité en technologies de l'information est une préoccupation constante afin de mieux protéger nos infrastructures et les systèmes d'information Le MSSS a acquis une solution antivirale en octroyant un contrat pour le réseau québécois à la compagnie Trend Micro. Les responsables du Technocentre ont assuré le suivi auprès des établissements qui ont déployé le 31 mars dernier, 85 % de cette solution.

Finalement, l'Agence a rendu disponible à tous les établissements une base de données centralisée (HELP DESK) améliorant la gestion, l'opération et la performance des services informatiques. Cette solution unique pour la région respecte la spécificité de chaque organisation.

3.10.3 Ressources matérielles

Immobilisations

En 2006-2007, l'enveloppe budgétaire de maintien des actifs immobiliers a été établie à 12 378 619 $. Cette enveloppe a été distribuée entre les établissements en fonction de la valeur de remplacement des actifs immobiliers. De cette somme, un montant de 1 237 919 $ a été réservé afin de soutenir des projets prioritaires.

La région a également obtenu une enveloppe de 3 049 745 $ pour initier des travaux de rénovation fonctionnelle dans les installations autres que celles de type CHSLD. Les travaux ciblés visent principalement à corriger les problématiques reliées aux maladies infectieuses, à installer des équipements médicaux généraux et spécialisés et à faciliter le regroupement des activités.

Dans le cadre du Plan d'action sur les personnes âgées en perte d'autonomie, l'Agence transmettait au cours de l'été 2006 une liste de projets de rénovation fonctionnelle mineurs *(coût estimé du projet inférieur à 2M $)* et majeurs *(coût estimé du projet égal ou supérieur à 2M $)* dans les installations de type CHSLD. Ces projets visant principalement à éliminer les chambres multiples (3 et 4 lits), à augmenter le nombre de toilettes adaptées, le nombre d'équipements sanitaires et le nombre d'espaces communs (salon, salle à manger) ainsi qu'à corriger les problèmes d'accès aux fauteuils roulants. Le montant total des projets soumis dans ce programme s'élève à 17 000 000 $.

Équipements

Des investissements de 3 932 874 $ ont été alloués au renouvellement des équipements dans le cadre du maintien des actifs 2006-2007.

Dans le cadre du Programme de haute technologie, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a reçu la confirmation d'une enveloppe de 6 255 000 $, permettant la réalisation de vingt projets.

De plus, la région a investi plus de 818 000 $ pour s'assurer du renouvellement massif du parc désuet des pompes volumétriques (644) soit un investissement représentant 50 % du coût total de 1 637 268 $.

Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé, dans le cadre du programme *achat d'équipements médicaux et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile*, un montant totalisant 1 691 737 $ couvrant les deux dernières années du son Plan triennal d'investissements.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Gestion des bâtiments et des équipements**

Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	21,8 %	23,5 %	ND
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,55	1,64	1,58

Commentaires

Taux des dépenses en administration et en soutien aux services :

Auprès des établissements, la cible visée est identifiée en dollars et non en pourcentage. La cible 2010 est mentionnée dans le budget des établissements au vecteur *Administration et soutien*. Les données permettant de mesurer le résultat de cet indicateur seront disponibles en juillet 2007, suite à la réception des rapports financiers annuels des établissements. Le résultat régional indiqué pour l'année 2005-2006 est extrait à l'Agence à partir des rapports financiers des établissements.

Consommation d'énergie :

Les efforts déployés par les établissements, conjugués à une température hivernale plus clémente, ont permis d'enregistrer de meilleurs résultats de consommation d'énergie que ceux attendus.

Pour contribuer aux objectifs ministériels, l'Agence a coordonné une démarche régionale qui a permis d'évaluer le potentiel d'économies d'énergie de l'ensemble des installations du réseau. Malgré que l'Agence ait anticipé la réalisation de certains projets en 2006-2007, il n'y a pas eu de projet d'envergure de mis en chantier. Toutefois, les études de faisabilité en efficacité énergétique découlant de la démarche régionale ont permis aux établissements de lancer un appel de proposition auprès d'entreprises de services éconergitiques pour des projets autofinancés par les économies d'énergie. La gestion administrative du processus d'appel de proposition a été confiée par les établissements à la *Coopérative des services régionale d'approvisionnement*. De cette opération découlera un nombre précis d'économie en giga joules par projet ainsi que la garantie de l'atteinte de cette réduction par la firme advenant la réalisation dudit projet. Il est également bon de noter que, selon les rapports de l'Agence de l'efficacité énergétique du Québec, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec présente déjà une bonne performance en efficacité énergétique, se situant au 3e rang au niveau provincial. Ceci s'explique par le fait que la région en est à sa troisième opération d'envergure à ce chapitre.

Rappelons que le ministère a souscrit en 2004-2005 à l'objectif de l'Agence de l'efficacité énergétique de réduire de 14 % le niveau de consommation énergétique exprimé en giga joules par mètre carré sur une période de cinq ans. Cette cible de réduction pourrait être revue pour notre région par le ministère puisque la diminution demandée est relativement importante lorsque que l'on considère que des projets majeurs ont été réalisés au début des années 2000, faisant en sorte que le potentiel des économies à réaliser est plus limité.

De plus, une mise en garde est nécessaire sur les variations enregistrées par la mesure actuelle de la consommation d'énergie des établissements pour l'exercice 2006-2007. En effet, la croissance des services et les modifications nécessaires aux bâtiments actuels suite aux nouvelles normes de construction entraînent une augmentation de la consommation réelle d'énergie des établissements concernés. Ainsi, la diminution enregistrée pour la région en 2006-2007 est moins importante que celle espérée par rapport à 2002-2003, principalement parce que les données sont peu comparables.

Nom : Sylvain Pellerin	**Date** : 25 mai 2007 révisée le 13 juin 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

CHAPITRE 4 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît 222 ressources à titre d'organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'Agence a alloué, en 2006-2007, du financement à 211 ressources communautaires par le biais du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (SOC) ainsi qu'à 25 organismes uniquement par ententes spécifiques (budget Hors-SOC). Ce sont donc 236 organismes communautaires qui ont été financés par l'Agence au cours de cette période.

Programme services	Organismes financés
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	**10**
Déficience intellectuelle	7
Troubles envahissants du développement	3
Déficience physique	**25**
Déficience physique	13
Déficiences multiples	11
Maintien à domicile	1
Dépendances	**17**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	13
Hébergement mixte	4
Jeunes en difficulté	**54**
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	32
Autres ressources jeunesse	13
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	**21**
Maintien à domicile	6
Centres d'action bénévole	15
Santé mentale	**28**
Santé mentale	28
Santé physique	**11**
Santé physique	10
Cancer	1
Santé publique	**45**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	17
Personnes démunies	25
VIH/SIDA	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	**25**
Assistance et accompagnement et centre d'écoute téléphonique	1
Consultation et concertation générale	1
Maison d'hébergement pour femmes violentées	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Autres ressources pour hommes	4
Sous-total	**236**
➢ Organismes financés exclusivement Hors-SOC	(25)
Nombre d'organismes financés au Programme SOC	**211**

Voici le bilan des principales réalisations en 2006-2007 dans le volet *soutien aux organismes communautaires* :

- Élaboration, conjointement avec les organismes communautaires et les établissements publics, du *Cadre de référence régissant la collaboration entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les centres de santé et de services sociaux, les établissements à vocation régionale et les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.*
- Conception du *Guide d'élaboration d'un protocole d'entente et du Protocole d'entente type,* deux outils facilitant l'élaboration d'une entente de service ou de collaboration entre les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, conjointement avec les organismes communautaires et les établissements publics.
- Mise en œuvre, suivi et évaluation des plans communautaires en itinérance dans le cadre de la deuxième phase de l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC-phase II), pour les villes de Trois-Rivières et Drummondville.

Augmentation du budget destiné aux organismes communautaires

Le budget alloué aux organismes financés par l'Agence est passé de 25 526 402 $ au 1er avril 2006 à 27 848 685 $ au 31 mars 2007. Voici, globalement, les investissements faits dans ce secteur en 2006-2007 :

- Une indexation annuelle de 2,3 % a été octroyée aux groupes recevant un financement en mission globale (510 881 $) ainsi que par ententes spécifiques (65 498 $), pour un montant total de 576 379 $.

- Une somme de 99 400 $ (annualisée à 141 300 $ à compter de 2007-2008) a été versée dans l'enveloppe du *Programme de soutien aux organismes communautaires.* Ce montant a permis de rehausser le financement à la mission globale de cent organismes communautaires.

- Une allocation supplémentaire de 33 750 $ (annualisée à 50 000 $ à compter de 2007-2008) a été octroyée aux centres d'action bénévole dans le contexte de l'adoption, par l'Agence, *du Plan d'action régional sur le vieillissement de la population.* Ce financement supplémentaire permettra de consolider le financement de ces organismes et d'accroître leur capacité d'intervention.

- La ressource *Parents partenaires* s'est vu allouer un montant de 33 700 $ (annualisé à 40 000 $ à compter de 2007-2008) afin de lui permettre de rendre accessible ses activités et ses services d'entraide aux parents d'enfants ayant un trouble mental résidant dans l'ensemble de la région.

- Les six associations de parents et de proches adultes ayant un trouble mental se sont partagées une somme de 40 000 $. Ce financement supplémentaire permettra de consolider le financement de ces organismes.

- L'Agence a réparti un montant de 80 000 $ entre dix organismes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale. Ce sont principalement les organismes offrant des services d'hébergement temporaire et les organismes d'insertion au travail qui ont été ciblés par cette allocation.

Pour l'année financière 2006-2007, 224 demandes de financement au Programme de soutien aux organismes communautaires ont été déposées à l'Agence, des subventions ayant été accordées à 211 organismes.

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale de 211 organismes communautaires afin de leur permettre de réaliser des activités diversifiées, dont l'accueil, l'écoute, l'évaluation, le support, l'aide, l'accompagnement et la référence; la mise en place et l'animation de groupes d'entraide; l'aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires); la réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements); le soutien à la réinsertion sociale; l'hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du SIDA ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes); la concertation régionale des organismes communautaires; le soutien et l'accompagnement des individus qui désirent déposer une plainte relativement aux services reçus.

Le cadre de gestion du programme de soutien aux organismes communautaires

Chaque demande de financement répondant aux critères a été analysée par l'Agence, en fonction des budgets disponibles, des priorités provinciales et régionales et selon les critères reconnus par le cadre de gestion du Programme SOC. Les montants alloués aux organismes ont été attribués en conformité avec les balises reconnues par le Programme SOC, les orientations ministérielles et le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Chaque organisme financé a fait l'objet d'un suivi relativement à ses obligations de reddition de comptes. De plus, six organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier, compte tenu de problèmes ou difficultés rencontrées.

Comme à chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes que doivent produire les organismes communautaires subventionnés. La procédure établie est la suivante :

- un suivi des dossiers est effectué lors de la réception des demandes de subvention, pour tous les organismes tenus d'expédier les documents de reddition de comptes;
- une lettre de rappel relativement à ces mêmes obligations est envoyée à la fin du printemps;
- un avis écrit est expédié aux organismes retardataires afin qu'ils se conforment aux obligations relatives à la reddition de comptes;
- une relance téléphonique est effectuée auprès des organismes concernés, si nécessaire.

CHAPITRE 5 LES DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information présentée dans les états financiers.

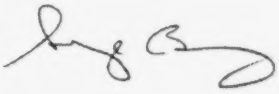
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Président-directeur général



Directeur des services administratifs et de la qualité

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

5.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 17 mai 2007. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 11 juillet 2007

Résultats du fonds d'exploitation et des activités accessoires de l'exercice terminé le 31 mars 2007

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	10 229 845	9 832 711	155 784	82 970
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	99 604	(157 808)	(3 023)	2 531
Total (L. 01+ L.02)	03	10 329 449	9 674 903	152 761	85 501
Revenus d'intérêts	04	49 570	35 589		
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources:					
- Contributions de l'avoir-propre	06		180 671		
- Contributions de fonds affectés	07	35 459			
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
- Autres	09	693 906	679 266		
TOTAL (L.03 à L.09)	10	11 108 384	10 570 429	152 761	85 501
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation:					
- Salaires - personnel cadre	11	863 627	785 504		23 939
- Salaires - personnel autre	12	5 006 774	5 181 016	51 994	15 282
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	159 842	139 457		6 469
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	1 022 824	963 611	6 800	7 982
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	197 975	21 413		7 068
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	209 972	297 317	565	2 483
- Charges sociales - personnel cadre	17	93 488	79 675		5 129
- Charges sociales - personnel autre	18	651 716	676 524	6 641	2 680
	19				
- Frais de déplacement et d'inscription	20	263 769	270 969	3 690	1 795
- Services achetés	21	817 944	677 478	7 267	8 335
- Communications	22	197 261	184 264	11 563	
- Loyer	23	813 397	779 162		
- Location d'équipement	24	56 217	55 705		
- Fournitures de bureau	25	98 745	83 071	14 241	
- Autres frais	26	237 265	176 114	50 000	
- Charges non réparties	27	210 821			
- Transfert de frais généraux	28	(2 080)			
- Charges extraordinaires	29				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.29)	30	10 899 557	10 371 280	152 761	81 162
Dépenses d'immobilisations	31	208 452	199 149		4 339
TOTAL (L.30 + L.31)	32	11 108 009	10 570 429	152 761	85 501
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	375	0	0	0

Résultats du fonds des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2007

		Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 134 162	2 524 022
Contributions des établissements	02	29 170	
Revenus d'intérêts	03	8 852	2 665
Contributions du fonds d'exploitation	04		
Contributions de fonds affectés	05	2 907 882	807 913
Revenus d'autres sources	06	237 026	95 076
Total (L.01 à L.06)	07	6 317 092	3 429 676
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	08	80 693	90 142
- Salaires - personnel autre	09	751 413	667 964
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	23 323	7 433
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	142 295	108 732
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	824	557
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	55 859	13 793
- Charges sociales - personnel cadre	14	11 212	10 742
- Charges sociales - personnel autre	15	104 757	87 150
- Frais de déplacement et d'inscription	16	69 431	34 714
- Services achetés	17	1 286 774	1 178 145
- Communications	18	95 520	83 979
- Loyer	19	105 234	95 140
- Location d'équipement	20	5 334	3 347
- Fournitures de bureau	21	14 704	34 637
- Autres frais	22	1 126 580	473 811
- Transferts de frais généraux	23	2 080	
- Contributions au fonds d'exploitation	24		
- Contributions à des fonds affectés	25		
- Autres	26		5 000
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.26)	27	3 876 033	2 895 286
Dépenses d'immobilisations	28	581 840	764 610
TOTAL (L.27 + L.28)	29	4 457 873	3 659 896
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	1 859 219	(230 220)

Solde de fonds du fonds d'exploitation de l'exercice terminé le 31 mars 2007

		Fonds d'exploitation			
		Activités principales		Avoir propre	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	30 533	95 370	278 816	352 950
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	375			
Régularisations - analyse financière	03		11 167		
	04				
Régularisations - autres	05	243 055	82 575		
	06				
Libération de surplus	07			30 403	106 537
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12				
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	243 430	93 742	30 403	106 537
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				
Régularisations - analyse financière	17	130			
	18				
Régularisations - autres	19		52 042		
	20				
Libération de surplus	21	30 403	106 537		
Autres	22				180 671
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	30 533	158 579	-	180 671
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	212 897	(64 837)	30 403	(74 134)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	243 430	30 533	309 219	278 816

Solde de fonds des fonds d'immobilisations et des activités régionalisées de l'exercice terminé le 31 mars 2007

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	4 797 200	5 289 826	350 147	374 616
ADDITIONS Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02			1 859 219	
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05			24 665	344 360
	06				
Libération de surplus	07				
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08	208 452	199 149		
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09		4 339		
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11	28 484	77 794		
- Fonds des activités régionalisées	12	581 840	764 610		
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	818 776	1 045 892	1 883 884	344 360
DÉDUCTIONS Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				230 220
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19	160 282	600 361	12 745	138 609
	20				
Libération de surplus	21				
Autres	22		938 157		
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	160 282	1 538 518	12 745	368 829
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	658 494	(492 626)	1 871 139	(24 469)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	5 455 694	4 797 200	2 221 286	350 147

Bilan du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées au 31 mars 2007

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	1 729 658	1 006 434	354 180	65 727
Débiteurs : - MSSS	02	125 169	275 859	1 082 914	982 286
- Établissements	03			29 170	
- Fonds d'exploitation	04				
- Fonds des activités régionalisées	05				
- Fonds affectés	06	4 375		1 672 110	324 854
- Autres	07	53 118	96 534	95 088	5 829
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	68 171	66 385	82 774	86 032
Charges payées d'avance	10	72 455	149 346	102 693	43 129
Autres éléments	11	68 062	56 835		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 121 008	1 651 393	3 418 929	1 507 857
Autres éléments d'actif	13	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	2 121 258	1 651 643	3 418 929	1 507 857
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			469 630	531 942
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17				
- Établissements	18			7 252	
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20				
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	1 323 421	952 270	264 974	281 294
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	35 905			
Autres revenus reportés	24	209 283	390 024	455 787	344 474
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	1 568 609	1 342 294	1 197 643	1 157 710
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	1 568 609	1 342 294	1 197 643	1 157 710
SOLDE DE FONDS	29	552 649	309 349	2 221 286	350 147
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 121 258	1 651 643	3 418 929	1 507 857

Bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2007

		Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	5 455 694	4 797 200
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	5 455 694	4 797 200
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10	0	0
SOLDE DE FONDS	11	5 455 694	4 797 200
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	5 455 694	4 797 200

Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2007

ACTIF **À court terme**		Exercice courant $	Exercice précédent $
Encaisse	01	2 417 793	5 472 629
Débiteurs : - MSSS	02	44 475 371	27 787 448
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	94 879	181 466
- Établissements	04	9 690 996	11 899 011
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	31 942	29 098
- Autres	08	417 246	270 362
Intérêts courus	09		
Autres éléments	10	38 916	181 364
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	57 167 143	45 821 378
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	86 409 158	91 291 033
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	143 576 301	137 112 411
PASSIF **À court terme**			
Découvert de banque	14	850 356	15 136
Emprunts de banque	15	9 690 745	11 899 011
Intérêts sur emprunts à payer	16	89 396	181 466
Créditeurs et charges à payer : - Établissements	17	37 377 720	23 237 619
- Organismes	18	21 038	5 490
- Fonds d'exploitation	19	4 375	
- Fonds des activités régionalisées	20	1 672 110	324 854
- Autres	21	1 486 016	2 241 755
Subventions reportées	22	297 834	267 768
Autres éléments	23		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	51 489 590	38 173 099
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	86 409 158	91 291 033
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	137 898 748	129 464 132
SOLDE DE FONDS	27	5 677 553	7 648 279
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26+L.27)	28	143 576 301	137 112 411

Solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2007

		Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE DU DÉBUT	01	7 648 279	8 488 840
Ajustements	02	1 738 919	
Récupération par le Ministère	03		121 240
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	9 387 198	8 610 080
AUGMENTATION			
MSSS	05	50 693 173	47 086 800
MSSS - crédits régionaux	06	4 364 629	
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	186 299	6 120 726
Revenus d'intérêt	08	130 625	159 834
Contributions du fonds d'exploitation	09		
Contributions du fonds des activités régionalisées	10		
Autres	11	13 092 649	7 243 055
TOTAL (L.05 à L.11)	12	68 467 375	60 610 415
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	13	31 944 024	24 290 698
- Organismes	14	101 551	181 479
Intérêts sur emprunts	15	186 299	6 120 726
Contributions au fonds d'exploitation	16	35 459	
Contributions au fonds des activités régionalisées	17	2 907 882	807 913
Charges d'exploitation :			
- Salaires	18	254 180	197 540
- Avantages sociaux	19	43 410	33 011
- Charges sociales	20	31 916	26 883
- Frais de déplacement et d'inscription	21	203	
- Services achetés	22	506 118	323 723
- Location d'équipement	23	0	
- Fournitures de bureau	24	9 147	10 804
- Autres charges d'exploitation	25	210 241	295 639
Dépenses d'immobilisations	26	28 484	77 794
Autres	27	35 918 106	29 206 006
TOTAL (L.13 à L.27)	28	72 177 020	61 572 216
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.12 – L.28)	29	5 677 553	7 648 279

Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés immobilisations et équipements au 31 mars 2007

		Fonds des immobilisations		Fonds des équipements	
		Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	3 234 595	3 351 467	2 782 395	2 179 707
Ajustements	02			1 663 973	
Récupération par le Ministère	03				
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	3 234 595	3 351 467	4 446 368	2 179 707
PROVENANCE					
MSSS	05	17 252 164	13 704 738	14 075 511	11 500 018
MSSS - crédits régionaux	06				
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	88 069	69 506	98 230	6 051 220
Revenus d'intérêts	08	25 610	35 957		
Contributions du fonds d'exploitation	09				
Contributions du fonds des activités régionalisées	10				
Contributions d'autres fonds affectés	11				
Autres	12	1 055		5 439 354	
Total (L.05 à L.12)	13	17 366 898	13 810 201	19 613 095	17 551 238
ATTRIBUTIONS					
Établissements	14	17 446 095	13 821 610	14 137 862	10 089 417
Organismes	15				
Intérêts sur emprunts	16	88 069	69 506	98 230	6 051 220
Contributions au fonds d'exploitation	17	35 459			
Contributions au fonds des activités régionalisées	18			2 907 882	807 913
Contributions à d'autres fonds affectés	19				
Charges d'exploitation:					
- Salaires	20				
- Avantages sociaux	21				
- Charges sociales	22				
- Frais de déplacement et d'inscription	23				
- Services achetés	24	65 842		78 770	
- Location d'équipement	25				
- Fournitures de bureau	26				
- Autres charges d'exploitation	27				
Dépenses d'immobilisations	28				
Autres	29	26 665	35 957	5 439 354	
Total (L.14 à L.29)	30	17 662 130	13 927 073	22 662 098	16 948 550
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.13 - L.30)	31	2 939 363	3 234 595	1 397 365	2 782 395

Analyse de la provenance et de l'utilisation du fonds affectés services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements au 31 mars 2007

		Exercice courant	Exercice précédent
		$	$
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	24 387	1 390 762
Ajustements	02	59 500	
Solde du début après ajustements (L.01 + L.02)	03	83 887	1 390 762
PROVENANCE			
MSSS	04	18 969 149	17 621 212
MSSS - Crédits régionaux	05		
Revenus autonomes	06	7 004 585	6 612 105
Revenus d'intérêts	07	49 327	64 726
Autres	08	2 260	3 188
Total (L.04 à L.08)	09	26 025 321	24 301 231
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	10	22 246 502	21 446 413
Particularités régionales	11	88 662	119 845
Éléments rectifiables	12	647 505	195 983
Centre de communication santé	13	2 051 234	1 919 226
Formation	14	264 791	199 347
Assurance qualité	15	236 979	241 525
Allocation de retraite	16	163 667	101 337
Médicaments	17	30 460	
Participation au régime de retraite	18		74 000
Transfert au fonds de VPI	19		68 515
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	20		
Attribution à des organismes	21		
Ajustements des années antérieures	22	(8 434)	1 208 336
Premiers répondants	23	209 397	36 394
Déplacement des usagers	24		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	25	43 237	10 996
- Avantages sociaux	26	7 655	1 775
- Charges sociales	27	5 999	1 242
- Frais de déplacement et d'inscription	28	94	
- Services achetés	29	19 598	26 911
- Location d'équipement	30		
- Fournitures de bureau	31	9 147	10 804
- Autres charges d'exploitation	32	2 580	386
Dépenses d'immobilisations	33	21 646	149
Autres	34	6 045	4 422
Total (L.10 à L.34)	35	26 046 764	25 667 606
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.09 - L.35)	36	62 444	24 387

État d'allocation des enveloppes régionales de crédits de l'exercice terminé le 31 mars 2007

		Exercice courant	Exercice précédent
		$	$
ENVELOPPE RÉGIONALE Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	808 738 876	756 049 869
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	22 430 390	21 363 025
Montant de l'enveloppe régionale 2006-2007 inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	831 169 266	777 412 894
Autres	04		
TOTAL (L. 03 et L.04)	05	831 169 266	777 412 894
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE Allocations aux établissements	06	769 855 783	718 741 820
Allocations aux organismes communautaires	07	28 129 104	26 961 007
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	6 895 447	7 358 745
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	804 880 334	753 061 572
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	21 486 564	21 201 359
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11	196 944	161 666
Autres	12	3 858 542	2 988 297
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	830 422 384	777 412 894
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14	746 882	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	831 169 266	777 412 894
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16	-	-

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. Les immobilisations corporels et actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement ;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés ;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice ;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements ;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés ;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées ;

vii) *Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds ;*

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds ;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu ;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée ;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé ;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent ;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante ;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs ;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ;
ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers ;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent ;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année ;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminées.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	208 452 $	203 487 $
Produit de disposition d'immobilisations	8 313 $	
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	581 840 $	764 610 $
Produit de disposition d'immobilisations	970 $	
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	818 776 $	1 045 891 $
Produit de disposition d'immobilisations		
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	28 484 $	77 794 $
Produit de disposition d'immobilisations		

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 16 000 000 $ au taux de base moins 1 %, lequel est de 6 % à la date du bilan (4,5% au 31 mars 2006). Cette marge de crédit est garantie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde au 31 mars 2007 est de 6 309 255$. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2008.

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME

	2007	2006
Corporation d'hébergement Québec :		
Marge de crédit (CHQ) d'un montant autorisé de 89 000 000 $, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023. Le taux préférentiel au 31 mars 2007 est de 6 %	- $	2 082 343 $
Marge de crédit (CHQ), portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % Le taux préférentiel au 31 mars 2007 est de 6 %	1 859 997	1 990 762
Sous-total	**1 859 997 $**	**4 073 105 $**

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (SUITE)

	2007	2006
Sous-total	**1 859 997 $**	**4 073 105 $**
Financement-Québec :		
Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	24 900 568	25 864 473
Emprunt de 4 447 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 635 371 $, échéant en octobre 2007. L'intérêt au taux de 5,704 % est payable semestriellement.	635 371	1 270 743
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306 % est payable semestriellement.	12 693 216	13 361 280
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863$, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064% est payable semestriellement.	9 983 110	10 769 959
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514 % est payable semestriellement.	3 775 315	4 073 055
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118 % est payable semestriellement.	5 792 254	6 275 857
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445 $, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653 % est payable semestriellement.	714 585	748 612
Emprunt de 1 180 151 $, remboursable par versements annuels de capital de 168 593 $, échéant en octobre 2010. L'intérêt au taux de 4,753 % est payable semestriellement.	674 372	842 965
Sous-total	**61 028 788 $**	**67 280 049 $**

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (SUITE)

	2007	2006
Sous-total	**61 028 788 $**	**67 280 049 $**
Emprunt de 4 004 014 $, remboursable par versements annuels de capital de 253 242 $ et un versement final de 3 244 287 $, échéant en juillet 2007. L'intérêt au taux de 3,889 % est payable semestriellement.	3 244 287	3 497 529
Emprunt de 12 343 281 $, remboursable par versements annuels de capital de 841 572 $ et un versement final de 8 135 423 $, échéant en décembre 2009. L'intérêt au taux de 4,823 % est payable semestriellement.	9 818 566	10 660 138
Emprunt de 9 853 297 $, remboursable par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	8 427 362	9 140 329
Emprunt de 742 695 $, remboursable par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	683 280	712 988
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	1 127 937	-
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	2 078 938	-
	86 409 158	91 291 033
Tranche échéant à moins d'un an	6 138 497	5 875 643
Total	**80 270 661 $**	**85 415 390 $**

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (suite)

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2008	6 138 497 $
2009	4 801 976
2010	5 478 897
2011	4 886 541
2012	4 503 101
	25 809 012 $

NOTE 6 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

NOTE 7 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, CONGÉS DE RÉTENTION ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2007 au regard des banques de vacances, de congés de maladie, de congés de rétention et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel consolidé et se détaillent ainsi :

	2007	2006
Vacances	784 699 $	784 630 $
Congés de maladie	46 392	44 023
Congés de rétention	759	-
Heures supplémentaires	85 254	85 598
	917 104 $	914 251 $

NOTE 8 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 octobre 2010 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 759 180 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	795 023 $
2009	746 349
2010	745 688
2011	421 340
	2 708 400 $

NOTE 10 - FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2007, qui ne sont pas présentées dans le rapport financier, sont les suivantes :

SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	358 071 $
Ajustement exercice antérieur	72
	358 143 $
PROVENANCE	
M.S.S.S.	145 000 $
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	155 000
Revenus d'intérêts	12 103
Vente de matériel	1 496
Autres revenus	800
	314 399 $
ATTRIBUTIONS	
Bourse école active	125 714 $
Municipalité active et autres	3 913
Soutien au réseau	27 361
Coordination - services achetés	5 000
Autres	1 035
	163 023 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**509 519 $**
Encaisse disponible :	
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	509 519 $
Comptes à recevoir	(21)
Comptes à payer	350
Encaisse disponible	**509 848 $**

5.3 DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

Établissements	2006-2007 Financement de l'Agence (1)	2006-2007 Résultats (2)	2005-2006 Financement de l'Agence (1)	2005-2006 Résultats
CSSS du Haut-Saint-Maurice	24 508 680	12 253	22 848 212	82 979
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	18 819 967	179 841	17 633 103	306 255
CSSS de l'Énergie	113 039 429	21 219	105 851 140	1 219
CSSS de Maskinongé	22 241 044	411 603	20 902 750	297 481
CSSS de Trois-Rivières	73 174 475	675	67 137 125	10 074
CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska	42 228 662	53 028	38 360 888	89 565
CSSS Drummond	98 677 117	10 341	91 417 427	(411 862)
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (3)	103 549 645	(3 514 666)	96 080 125	(383 609)
	496 239 019	(2 825 706)	460 230 770	(7 898)
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	140 920 259		130 281 839	(7 116 318)
Centre jeunesse Mauricie et Centre-du-Québec	47 860 087	154 618	44 641 660	(120 471)
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	5 671 259	99 925	5 098 086	23 756
Centre de réadaptation InterVal	14 787 359	18 413	13 834 005	87 614
Centre de services en déficience intellectuelle	48 657 117	539 317	46 306 799	593 497
Hôpital St-Julien (3)	1 261 304		5 124 944	
	259 157 385	812 273	245 287 333	(6 531 922)
Foyer Saints-Anges Ham-Nord	1 410 439		1 306 242	
Vigi Santé Ltée (Les Chutes)	4 232 508		3 909 073	
	5 642 947		5 215 315	
	761 039 351	(2 013 433)	710 733 418	(6 539 820)
Somme des résultats d'exploitation				
Excédentaires		1 501 233		1 492 440
Déficitaires		(3 514 666)		(8 032 260)
		(2 013 433)		(6 539 820)

(1) Le financement de l'Agence comprend celui des activités principales et accessoires.
(2) Les résultats proviennent du rapport financier annuel de chacun des établissements et non des données préliminaires du mois de mai. Par conséquent, la sommation diffère de celle présentée à la page 118.
(3) Le financement de l'Hôpital St-Julien est présenté séparément de celui du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable dû au processus de fermeture.

5.3.1 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Équilibre budgétaire**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007 Source :CIFINO***
Résultat d'exploitation par établissement :			
- CSSS Drummond	411 862 $	3 528 275 $	3 514 963 $
- CSSS d'Arthabaska-Érable	383 609 $	Aucune	--
- Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	120 471 $	Aucune	--
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	7 116 318 $	Aucune	169 665 $
Total régional	8 032 260 $**	3 528 275 $	3 684 628 $

Commentaires

Les résultats présentés incluent autant le montant de déficit autorisé que les dépassements. En 2006-2007, le niveau de cible déficitaire maximale autorisée pour la région était de 3 528 275 $, soit le même niveau que pour l'exercice 2005-2006 puisqu'il n'y a eu aucune somme allouée par le ministère à cet effet.

La situation financière du réseau des établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est améliorée par rapport à l'exercice 2005-2006. Le dépassement du résultat d'exploitation régional par rapport à la cible déficitaire autorisée est passé de 4 503 985 $ (8 032 260 $ – 3 528 275 $) en 2005-2006 à 156 253 $ (3 684 628 $ – 3 528 275 $) en 2006-2007.

Dans le but de faciliter la gestion des liquidités des établissements et de favoriser le retour à l'équilibre budgétaire, la cible déficit 2006-2007 a été attribuée à un seul établissement. Auparavant, elle était répartie entre les établissements (5 en 2005-2006) qui avaient présenté une situation déficitaire dans les exercices antérieurs. La situation financière doit donc être analysée dans son ensemble et non individuellement.

Pour les exercices 2004-2005 et 2005-2006, le dépassement par rapport à la cible autorisée était dû à un seul établissement. Au cours du dernier trimestre de l'exercice 2005-2006, des actions ont été prises par ledit établissement afin de redresser sa situation financière, et ce, avec le soutien de l'Agence et du ministère. Le résultat de celles-ci s'est fait ressentir au cours de l'exercice en 2006-2007 et l'équilibre budgétaire devrait être atteint en 2007-2008.

Rappelons que le ministère a reconnu, en 2002-2003, un sous-financement de 300M $ au niveau provincial, dont 8,8 M$ pour notre région. La cible déficitaire maximale autorisée pour notre région représente le solde non encore pourvu en financement.

Nom : Sylvain Pellerin	**Date** : 25 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

** Le résultat 2005-2006 présenté provient des données des rapports financiers annuels du 31 mars 2006. Il diffère donc de celui présenté à la reddition de compte du 31 mars dernier puisque les données disponibles à ce moment étaient provisoires et correspondaient à celles des tableaux 1 fournis à l'aide de l'application *Cueillette d'information financière et opérationnelle* (CIFINO) soit 7 287 048 $.

5.3.2 Autorisations d'emprunt accordées aux établissements

Au cours de l'exercice financier 2006-2007, l'Agence et le ministère de la Santé et de Services sociaux ont accordé 17 autorisations d'emprunt temporaire (32 en 2005-2006) à certains établissements publics de la région. Les montants autorisés au 31 mars 2007 sont reflétés au tableau ci-après.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2007 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 3,46 % (4,16 % au 31 mars 2006) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les dépenses en immobilisations constituent, quant à elles, 0,29% (0,42 % au 31 mars 2006).

Selon le cadre de gestion amendé le 20 mai 2005, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement. Celles-ci étant dorénavant sous la gestion du ministère. Quand au maximum régional pour les dépenses en immobilisations, il s'élève à 5 079 000 $, la région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

MONTANT TOTAUX POUR CHACUN DES TYPES ET CATÉGORIES D'EMPRUNT

	31 mars 2007		31 mars 2006
	Emprunt autorisé	**Emprunt utilisé**	**Emprunt autorisé**
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	23 835 000	11 701 865	24 100 000
Ajustement régional	450 000	-	275 000
Traitement différé	115 000	115 000	118 000
Désinstitutionnalisation (note1)	4 800 000	3 300 000	8 100 000
Sous-total	29 200 000	15 116 865	32 593 000
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projet financé par les activités accessoires	1 182 677	693 892	1 689 995
Projet autofinancé	1 269 424	977 893	1 576 801
Sous-total	2 452 101	1 671 785	3 266 796
Grand-total	31 652 101	16 788 650	35 859 796

Note 1: Financement des coûts de transformation reliés à l'intégration dans la communauté des usagers de l'Hôpital St-Julien

5.4 RESSOURCES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISME	Subvention demandée	Mission globale	Ententes spécifiques	Budget total
Maisons de jeunes				
«L'Eau-vent» (maison de jeunes)	100 000 $	70 419 $	0 $	70 419 $
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	180 237 $	87 137 $	0 $	87 137 $
Carrefour jeunesse de Shawinigan	180 237 $	82 915 $	0 $	82 915 $
Comité liaison Adolescents-Parents	69 389 $	48 531 $	0 $	48 531 $
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	175 000 $	81 307 $	0 $	81 307 $
La Corporation de la Maison des jeunes «Action-Jeunesse» inc.	90 000 $	70 419 $	0 $	70 419 $
La Fréquence Inc.	180 237 $	87 137 $	0 $	87 137 $
La maison de jeunes «Au bout du monde» de St-Paulin	180 237 $	70 419 $	0 $	70 419 $
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	180 237 $	53 790 $	0 $	53 790 $
La maison des jeunes de Plessisville inc.	180 237 $	78 392 $	0 $	78 392 $
La Traversée 12-18 ans Inc.	180 237 $	78 975 $	0 $	78 975 $
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	155 000 $	82 915 $	0 $	82 915 $
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	180 237 $	53 790 $	0 $	53 790 $
Local Action jeunes	55 000 $	58 951 $	0 $	58 951 $
Maison de jeunes Le Transit	90 000 $	70 052 $	0 $	70 052 $
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	257 923 $	78 976 $	0 $	78 976 $
Maison de quartier de Drummondville inc.	180 237 $	87 137 $	0 $	87 137 $
Maison des jeunes «La destination 12-17» inc.	100 000 $	97 896 $	0 $	97 896 $
Maison des jeunes «Le Chakado»	120 000 $	40 048 $	0 $	40 048 $
Maison des jeunes de Bécancour	85 000 $	37 627 $	0 $	37 627 $
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	81 300 $	76 331 $	0 $	76 331 $
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	180 237 $	48 531 $	0 $	48 531 $
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	145 000 $	61 074 $	0 $	61 074 $
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	149 162 $	48 531 $	0 $	48 531 $
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	90 000 $	36 570 $	0 $	36 570 $
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	100 000 $	36 570 $	0 $	36 570 $
Maison des jeunes de St-Germain	145 000 $	53 790 $	0 $	53 790 $
Maison des jeunes du Bas St-François	51 500 $	52 933 $	0 $	52 933 $
Maison des jeunes la Forteresse	42 000 $	46 519 $	0 $	46 519 $
Partenaires 12-18/Érable	104 550 $	58 606 $	0 $	58 606 $
Partenaires Action jeunesse Mékinac	120 000 $	41 327 $	0 $	41 327 $
Trait d'union de Victoriaville	180 237 $	90 514 $	0 $	90 514 $
TOTAL :	**4 308 431 $**	**2 068 129 $**	**0 $**	**2 068 129 $**
Autres ressources jeunesse				
Centre social et récréatif St-Sacrement	14 000 $	14 000 $	0 $	14 000 $
Espace Bois-Francs	235 952 $	113 114 $	0 $	113 114 $
Espace Mauricie	327 079 $	121 604 $	0 $	121 604 $
Gentilly Transit jeunesse	30 372 $	30 372 $	0 $	30 372 $
Le refuge La Piaule du Centre du Québec inc.	265 000 $	147 527 $	0 $	147 527 $
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	36 990 $	36 990 $	0 $	36 990 $
Organisme Centretien de Nicolet et régions	25 000 $	16 630 $	0 $	16 630 $
Point de rue	310 202 $	72 753 $	0 $	72 753 $
Répit jeunesse	100 000 $	72 753 $	0 $	72 753 $

Toit Jef inc.	82 026 $	72 217 $	0 $	72 217 $
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	120 000 $	72 217 $	0 $	72 217 $
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	90 000 $	72 217 $	0 $	72 217 $
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du	72 321 $	61 426 $	0 $	61 426 $
TOTAL :	**1 708 942 $**	**903 820 $**	**0 $**	**903 820 $**
Cancer				
Amitié santé 04	60 000 $	33 045 $	0 $	33 045 $
TOTAL :	**60 000 $**	**33 045 $**	**0 $**	**33 045 $**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse				
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	450 000 $	314 288 $	0 $	314 288 $
Maison Raymond Roy	408 800 $	314 288 $	0 $	314 288 $
TOTAL :	**858 800 $**	**628 576 $**	**0 $**	**628 576 $**
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances				
Action toxicomanie Bois-Francs	85 467 $	65 853 $	0 $	65 853 $
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	100 000 $	77 204 $	30 000 $	107 204 $
Centre de réadaptation Wapan	60 000 $	0 $	47 048 $	47 048 $
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	25 000 $	26 860 $	0 $	26 860 $
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	100 000 $	65 853 $	0 $	65 853 $
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	100 000 $	65 853 $	33 913 $	99 766 $
Le Grand Chemin inc.	294 000 $	0 $	293 436 $	293 436 $
Maison «Réso» de la Mauricie	150 000 $	65 853 $	32 078 $	97 931 $
Maison Carignan inc.	225 000 $	130 816 $	0 $	130 816 $
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	54 000 $	45 949 $	0 $	45 949 $
Maison du Lac	200 000 $	130 817 $	0 $	130 817 $
Pavillon de l'Assuétude	800 000 $	253 824 $	7 480 $	261 304 $
Unité Domrémy de Plessisville inc.	125 000 $	77 204 $	0 $	77 204 $
TOTAL :	**2 318 467 $**	**1 006 086 $**	**443 955 $**	**1 450 041 $**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille				
Allaitement-Soleil	105 000 $	43 100 $	0 $	43 100 $
Association Parents-ressources des Bois-Francs	12 700 $	0 $	17 213 $	17 213 $
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	62 000 $	59 309 $	0 $	59 309 $
F.A.I.R.E. (Familles d'appui et intervention pour un réseau	1 658 $	0 $	2 200 $	2 200 $
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	0 $	0 $	30 167 $	30 167 $
La Soupape O.C.F.	11 000 $	0 $	15 113 $	15 113 $
Le Lien Maison de la famille	0 $	0 $	2 100 $	2 100 $
Le Rendez-vous familial inc.	2 100 $	0 $	2 100 $	2 100 $
Maison de la famille des Chenaux	12 653 $	0 $	14 313 $	14 313 $
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	13 500 $	0 $	19 087 $	19 087 $
Maison de la famille du groupe d'entraide aux nouveaux parents	19 000 $	0 $	13 813 $	13 813 $
Maison de la famille, Drummond inc.	15 200 $	0 $	20 938 $	20 938 $
Maison des familles Chemin du Roi inc.	0 $	0 $	4 319 $	4 319 $
Maison des familles du Rivage	0 $	0 $	4 300 $	4 300 $
Maternaide du Québec	100 000 $	49 348 $	14 313 $	63 661 $

RAFT (Réseau d'aide aux familles en transition) inc.	0 $	0 $	2 200 $	2 200 $
Ressource Parent-ailes	15 000 $	0 $	24 113 $	24 113 $
TOTAL :	**369 811 $**	**151 757 $**	**186 289 $**	**338 046 $**
Déficience physique				
«La Source» Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.	75 000 $	58 597 $	0 $	58 597 $
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre-du-Québec	50 200 $	32 654 $	0 $	32 654 $
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	31 070 $	16 630 $	0 $	16 630 $
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	36 080 $	34 814 $	0 $	34 814 $
Association des sourds de la Mauricie inc.	65 000 $	48 836 $	0 $	48 836 $
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	7 500 $	6 367 $	0 $	6 367 $
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	54 800 $	48 002 $	0 $	48 002 $
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	25 000 $	25 000 $	0 $	25 000 $
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	226 712 $	211 942 $	0 $	211 942 $
Coup de main Mauricie	109 302 $	83 057 $	0 $	83 057 $
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	65 000 $	50 389 $	0 $	50 389 $
Handicap action autonomie Bois-Francs	100 000 $	67 851 $	0 $	67 851 $
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	100 000 $	6 367 $	0 $	6 367 $
TOTAL :	**945 664 $**	**690 506 $**	**0 $**	**690 506 $**
Déficience intellectuelle				
Arche Mauricie inc.	335 000 $	332 475 $	0 $	332 475 $
Association des personnes déficientes intellectuelles secteur Provencher inc.	164 000 $	133 334 $	0 $	133 334 $
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	125 000 $	72 772 $	0 $	72 772 $
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	100 000 $	60 097 $	0 $	60 097 $
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	55 000 $	41 182 $	0 $	41 182 $
Parrainage civique Drummond inc.	72 742 $	67 855 $	0 $	67 855 $
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	54 800 $	49 319 $	0 $	49 319 $
TOTAL :	**906 542 $**	**757 034 $**	**0 $**	**757 034 $**
Déficiences multiples				
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	105 000 $	46 935 $	0 $	46 935 $
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	254 246 $	81 661 $	0 $	81 661 $
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	36 792 $	36 792 $	0 $	36 792 $
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	75 926 $	41 182 $	0 $	41 182 $
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	100 000 $	50 509 $	0 $	50 509 $
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	130 000 $	80 244 $	0 $	80 244 $
Association Part-égale Normandie	100 000 $	60 586 $	0 $	60 586 $
Club Joie de vivre de la M.R.C. de l'Érable inc.	100 000 $	61 243 $	0 $	61 243 $
L'alpha - Secteur des Chenaux	27 000 $	15 345 $	0 $	15 345 $
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	62 000 $	41 182 $	0 $	41 182 $
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	90 039 $	41 182 $	0 $	41 182 $
TOTAL :	**1 081 003 $**	**556 861 $**	**0 $**	**556 861 $**

Troubles envahissants du développement				
Autisme - Centre-du-Québec	110 000 $	16 630 $	0 $	16 630 $
Autisme Mauricie	300 000 $	96 225 $	159 444 $	255 669 $
Centre de stimulation l'Envol	135 072 $	62 130 $	0 $	62 130 $
TOTAL :	**545 072 $**	**174 985 $**	**159 444 $**	**334 429 $**
Santé mentale				
Accalmie: Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	297 000 $	0 $	278 300 $	278 300 $
Association de parents La Passerelle des territoires de C.L.S.C. Nicolet-Yasmaska et les Blé d'or	180 000 $	84 959 $	29 115 $	114 074 $
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre-du-Québec inc.	200 000 $	89 239 $	63 237 $	152 476 $
Association Le P.A.S.	200 000 $	88 999 $	61 426 $	150 425 $
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	30 000 $	0 $	11 431 $	11 431 $
Auto-Psy Mauricie	335 416 $	77 464 $	64 466 $	141 930 $
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	155 250 $	100 000 $	0 $	100 000 $
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	209 225 $	125 651 $	0 $	125 651 $
Centre prévention suicide les Deux Rives	335 894 $	307 058 $	0 $	307 058 $
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	202 000 $	133 812 $	0 $	133 812 $
Groupe d'entraide "L'Entrain"	300 000 $	81 037 $	67 787 $	148 824 $
Groupe d'entraide Facile d'accès	140 000 $	70 381 $	39 630 $	110 011 $
Groupe d'entraide La Lanterne	235 000 $	93 479 $	96 905 $	190 384 $
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	400 000 $	302 711 $	0 $	302 711 $
La maison Le Réverbère inc.	480 000 $	305 361 $	23 254 $	328 615 $
La Ruche Aire-ouverte inc.	470 416 $	77 223 $	63 690 $	140 913 $
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	335 416 $	71 505 $	42 318 $	113 823 $
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	100 000 $	80 453 $	16 392 $	96 845 $
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	200 000 $	87 879 $	52 350 $	140 229 $
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	200 335 $	134 142 $	0 $	134 142 $
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	136 259 $	0 $	59 448 $	59 448 $
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	555 000 $	91 655 $	93 255 $	184 910 $
Les Ateliers du second souffle	180 240 $	133 825 $	67 518 $	201 343 $
Les parents partenaires inc.	150 000 $	89 060 $	11 713 $	100 773 $
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	120 000 $	56 265 $	0 $	56 265 $
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	984 861 $	386 061 $	90 051 $	476 112 $
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	385 000 $	0 $	334 863 $	334 863 $
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	110 725 $	0 $	109 973 $	109 973 $
TOTAL :	**7 628 037 $**	**3 068 219 $**	**1 677 122 $**	**4 745 341 $**
Centre d'action bénévole (CAB)				
Carrefour d'action communautaire du Haut Saint-Maurice	190 000 $	113 481 $	0 $	113 481 $
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	322 000 $	242 072 $	0 $	242 072 $
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	314 265 $	139 138 $	0 $	139 138 $
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	397 700 $	197 266 $	0 $	197 266 $
Centre d'action bénévole de la Moraine	215 000 $	95 843 $	0 $	95 843 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	234 610 $	137 914 $	0 $	137 914 $
Centre d'action bénévole de l'Érable	200 330 $	143 773 $	0 $	143 773 $

Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	267 000 $	121 607 $	0 $	121 607 $
Centre d'action bénévole des Riverains	220 000 $	94 786 $	0 $	94 786 $
Centre d'action bénévole Drummond inc.	310 000 $	284 733 $	0 $	284 733 $
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	261 500 $	109 757 $	0 $	109 757 $
Centre d'action bénévole du Rivage	167 027 $	127 397 $	0 $	127 397 $
Centre d'action bénévole Laviolette	359 200 $	282 260 $	0 $	282 260 $
Centre d'action bénévole Mékinac	244 000 $	120 484 $	0 $	120 484 $
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	307 076 $	212 838 $	0 $	212 838 $
TOTAL :	**4 009 708 $**	**2 423 349 $**	**0 $**	**2 423 349 $**
Santé physique				
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	110 000 $	29 418 $	0 $	29 418 $
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	120 000 $	29 418 $	0 $	29 418 $
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	53 500 $	31 840 $	0 $	31 840 $
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre-du-Québec	100 000 $	45 512 $	0 $	45 512 $
Diabète Bois-Francs	52 000 $	26 860 $	0 $	26 860 $
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	135 279 $	60 340 $	0 $	60 340 $
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	55 000 $	0 $	49 662 $	49 662 $
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	322 500 $	199 507 $	0 $	199 507 $
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	100 000 $	40 320 $	0 $	40 320 $
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	46 300 $	31 975 $	0 $	31 975 $
TOTAL :	**1 094 579 $**	**495 190 $**	**49 662 $**	**544 852 $**
Personnes démunies				
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	135 000 $	105 118 $	0 $	105 118 $
Carrefour d'entraide Drummond inc.	159 800 $	64 078 $	34 822 $	98 900 $
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	72 000 $	42 609 $	10 455 $	53 064 $
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	70 000 $	43 297 $	11 713 $	55 010 $
Centre d'entraide "Contact" de Warwick	61 460 $	31 485 $	0 $	31 485 $
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	170 000 $	42 343 $	11 713 $	54 056 $
Centre du Plateau Laval	150 000 $	45 543 $	29 496 $	75 039 $
Comptoir alimentaire Drummond inc.	100 000 $	56 148 $	0 $	56 148 $
Ebyôn	70 000 $	37 265 $	0 $	37 265 $
Fonds communautaire des Chenaux	85 000 $	40 401 $	15 683 $	56 084 $
La Maison de l'Abondance	35 000 $	35 001 $	0 $	35 001 $
La Sécurité alimentaire	62 000 $	52 366 $	0 $	52 366 $
La Tablée populaire	150 000 $	53 289 $	0 $	53 289 $
La Tablée populaire Shawinigan inc.	141 050 $	53 115 $	0 $	53 115 $
L'Entre-aide de Louiseville	55 000 $	33 440 $	5 228 $	38 668 $
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	40 000 $	40 000 $	0 $	40 000 $
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	112 825 $	94 817 $	0 $	94 817 $
Ludolettre	232 871 $	45 135 $	0 $	45 135 $
Maison Coup de pouce T.R.	45 000 $	35 811 $	0 $	35 811 $
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	150 000 $	83 363 $	0 $	83 363 $
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	100 000 $	46 911 $	8 364 $	55 275 $
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	135 000 $	47 262 $	20 683 $	67 945 $
Regroupement des cuisines collectives de Francheville	135 000 $	84 205 $	0 $	84 205 $

Regroupement pour la défense des droits sociaux (R.D.D.S.) de la région de Nicolet inc.	2 100 $	0 $	2 100 $	2 100 $
Ressource Aide alimentaire	122 640 $	44 789 $	0 $	44 789 $
TOTAL :	**2 591 746 $**	**1 257 791 $**	**150 257 $**	**1 408 048 $**
Assistance et accompagnement - Centres téléphoniques				
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Mauricie et Centre-du-Québec	310 635 $	203 545 $	0 $	203 545 $
TOTAL :	**310 635 $**	**203 545 $**	**0 $**	**203 545 $**
VIH - SIDA				
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	122 800 $	105 698 $	0 $	105 698 $
Maison Re-Né inc.	232 446 $	205 565 $	0 $	205 565 $
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	125 000 $	81 404 $	0 $	81 404 $
TOTAL :	**480 246 $**	**392 667 $**	**0 $**	**392 667 $**
Hébergement mixte				
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	418 726 $	369 539 $	0 $	369 539 $
Pro-Anawim	639 361 $	403 043 $	25 731 $	428 774 $
Ensoleilvent	450 000 $	307 020 $	0 $	307 020 $
Maison de Transition de la Batiscan	400 000 $	306 241 $	0 $	306 241 $
TOTAL :	**1 908 087 $**	**1 385 843 $**	**25 731 $**	**1 411 574 $**
Concertation et consultation générale				
Table régionale des organismes communautaires (TROC) oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	166 238 $	109 369 $	0 $	109 369 $
TOTAL :	**166 238 $**	**109 369 $**	**0 $**	**109 369 $**
Maintien à domicile				
Association des personnes aidantes naturelles de Mékinac	50 000 $	0 $	5 000 $	5 000 $
La Société Alzheimer de la Mauricie	348 515 $	346 849 $	305 275 $	652 124 $
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé "Mains tendres"	60 000 $	40 917 $	0 $	40 917 $
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	100 000 $	48 262 $	0 $	48 262 $
Résidence "Entre-Deux"	803 831 $	0 $	816 000 $	816 000 $
Société Alzheimer du Centre-du-Québec	400 000 $	130 780 $	0 $	130 780 $
Soutien à domicile des Chenaux	20 000 $	20 000 $	0 $	20 000 $
TOTAL :	**1 782 346 $**	**586 808 $**	**1 126 275 $**	**1 713 083 $**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté				
La maison La Nacelle	570 000 $	477 031 $	0 $	477 031 $
La Rose des vents de Drummond inc.	600 000 $	487 266 $	0 $	487 266 $
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	585 000 $	487 266 $	0 $	487 266 $
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	650 730 $	507 736 $	0 $	507 736 $
Le Toit de l'Amitié	585 000 $	487 266 $	0 $	487 266 $
Maison «de Connivence» inc.	585 000 $	487 266 $	0 $	487 266 $
Maison d'hébergement La Volte-Face	560 000 $	487 266 $	0 $	487 266 $
TOTAL :	**4 135 730 $**	**3 421 097 $**	**0 $**	**3 421 097 $**

Centres de femmes				
Centre de femmes de Shawinigan inc.	165 000 $	146 600 $	0 $	146 600 $
Centre de femmes L'Héritage	173 000 $	139 241 $	0 $	139 241 $
Centre de femmes Parmi elles	165 000 $	139 245 $	0 $	139 245 $
Femmes de Mékinac	165 000 $	131 011 $	0 $	131 011 $
La maison des femmes des Bois-Francs	165 000 $	143 003 $	0 $	143 003 $
Le collectif des femmes de Nicolet et région	195 000 $	139 245 $	0 $	139 245 $
Maison des femmes de Drummondville	165 000 $	149 358 $	0 $	149 358 $
TOTAL :	**1 193 000 $**	**987 703 $**	**0 $**	**987 703 $**
Autres ressources pour femmes				
Centre de santé des femmes de la Mauricie	493 000 $	171 002 $	293 812 $	464 814 $
TOTAL :	**493 000 $**	**171 002 $**	**293 812 $**	**464 814 $**
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)				
Centre d'aide Aqua-r-elle	230 000 $	93 566 $	0 $	93 566 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	330 000 $	242 448 $	0 $	242 448 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie / Mékinac	235 060 $	46 860 $	0 $	46 860 $
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	250 000 $	217 331 $	0 $	217 331 $
TOTAL :	**1 045 060 $**	**600 205 $**	**0 $**	**600 205 $**
Ressources pour hommes				
Chez-nous, Entre-hommes	85 129 $	37 090 $	0 $	37 090 $
Halte Drummond	197 445 $	125 034 $	0 $	125 034 $
Homme alternative	165 000 $	125 034 $	0 $	125 034 $
L'Accord Mauricie inc.	155 476 $	149 176 $	0 $	149 176 $
TOTAL :	**603 050 $**	**436 334 $**	**0 $**	**436 334 $**
Organismes de justice alternative				
Aux Trois pivots	584 000 $	404 034 $	0 $	404 034 $
Commun accord organisme de justice alternative	323 060 $	175 677 $	0 $	175 677 $
Départ jeunesse inc.	169 860 $	120 722 $	0 $	120 722 $
L'Alter-égaux, organisme de justice alternative	163 520 $	61 691 $	0 $	61 691 $
Organisme de justice alternative Volteface	251 139 $	220 833 $	0 $	220 833 $
Pacte Bois-Francs inc.	273 000 $	177 100 $	0 $	177 100 $
Ressources alternatives Maskinongé	93 705 $	66 160 $	0 $	66 160 $
TOTAL :	**1 858 284 $**	**1 226 217 $**	**0 $**	**1 226 217 $**
GRAND TOTAL :	**42 402 478 $**	**23 736 138 $**	**4 112 547 $**	**27 848 685 $**

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le Code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.

3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.

4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.

4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.

4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.

4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.

5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.

5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.

5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.

5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.

5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.

5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.

5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.

5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.

5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.

5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :

- respecter leurs droits et privilèges,
- reconnaître leur probité,
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux,
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.

5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.

5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.

5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.

5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊT

L'administrateur doit :

5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.

5.25 Dénoncer par écrit (Annexe B) au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.

5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.

5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévues pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.

5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.

6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.

6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délais le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.

6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.

6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.

6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies, en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- du nombre et de la nature des manquements constatés ;
- des décisions et sanctions imposées ;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêts apparaissant à l'annexe B du présent code et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

sens humain

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec